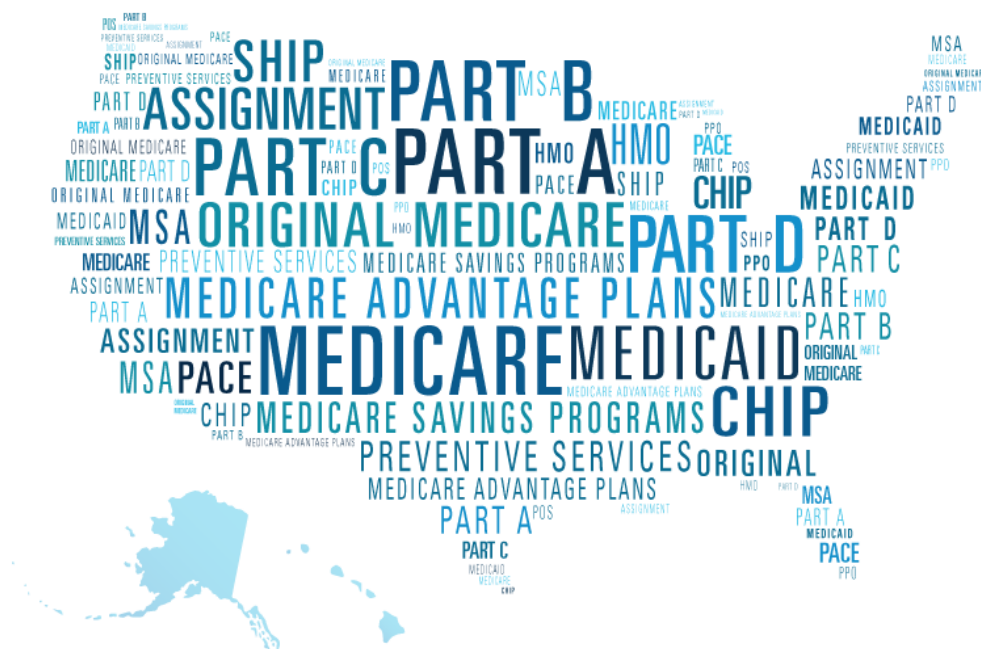


Módulo: 9

Cobertura para Recetas

Médicas de Medicare Parte D





El Módulo 9 explica la cobertura Medicare para Recetas Médicas en todas las partes de Medicare.

Este módulo de capacitación fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y el Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal. La información en este módulo fue corregida a partir de mayo de 2015.

Para confirmar si hay una versión actualizada de este módulo de capacitación, visite [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html).

El Programa de Capacitación Nacional de CMS ofrece este documento como recurso informativo para nuestros socios. No se trata de un documento legal ni tiene como finalidad estar dirigido a la prensa. Los medios de prensa se pueden comunicar con la Oficina de Medios de CMS a press@cms.hhs.gov. Las normas oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Objetivos de la sesión

- Esta sesión debe ayudarlo a
 - Diferenciar entre la cobertura para medicinas de Medicare Parte A, Parte B y Parte D
 - Resumir la elegibilidad de la Parte D y los requisitos de inscripción
 - Comparar y elegir entre planes para medicinas
 - Describir la Ayuda Adicional con los costos del plan para medicinas
 - Explicar las determinaciones de la cobertura y el proceso de apelaciones

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

2

Esta sesión debe ayudarlo a

- Diferenciar entre la cobertura para medicinas de Medicare Parte A, Parte B y Parte D
- Resumir la elegibilidad de la Parte D y los requisitos de inscripción
- Comparar y elegir entre planes para medicinas
- Describir la Ayuda Adicional con los costos del plan para medicinas
- Explicar las determinaciones de la cobertura y el proceso de apelaciones

Lección 1 — Aspectos básicos

- Las 4 partes de Medicare
- Cobertura para recetas médicas de
 - Medicare Parte A (Seguro de Hospital)
 - Medicare Parte B (Seguro Médico)

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

3

La Lección 1, "Aspectos básicos", explica

- Las 4 partes de Medicare
- Cuando las recetas médicas están cubiertas por
 - Medicare Parte A (Seguro de Hospital)
 - Medicare Parte B (Seguro Médico)

Las 4 partes de Medicare



1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

4

Medicare abarca muchos tipos de servicios y usted tiene diferentes opciones para recibir la cobertura de Medicare. Medicare tiene 4 partes:

- La **Parte A (Seguro de Hospital)** ayuda a pagar estadías, centros con atención de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y cuidado de hospicio.
- La **Parte B (Seguro Médico)** ayuda a cubrir los servicios necesarios por razones médicas como las visitas al consultorio médico o el cuidado ambulatorio. La Parte B también cubre muchos servicios preventivos (incluso los estudios de exploración y ciertas vacunas), pruebas diagnósticas, algunas terapias y equipos médicos duraderos como sillas de ruedas y andadores.
- La **Parte C (Medicare Advantage [MA])** es otra forma de obtener los beneficios de Medicare. Combina la Parte A y la Parte B y algunas veces la Parte D (cobertura Medicare para recetas médicas). Los planes MA (como en los de la Organización para el Mantenimiento de la Salud y de la Organización de Proveedores Preferidos) están gestionados por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare. Estos planes deben cubrir los servicios necesarios por razones médicas. No obstante, los planes pueden cobrar copagos, coseguros o deducibles para estos servicios diferentes a los de Medicare Original.
- La **Parte D (Cobertura Medicare para Recetas Médicas)** ayuda a pagar las recetas médicas de pacientes ambulatorios y puede ayudar a disminuir los costos de medicamentos recetados y brindar protección frente a subas futuras de costos.

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

- Cobertura para recetas médicas de la Parte A, Parte B o Parte D depende de
 - La necesidad médica
 - El entorno de atención médica
 - Las indicaciones médicas (por qué se necesita, por ejemplo, por cáncer)
 - Todos los requerimientos de cobertura para medicinas especiales
 - Por ejemplo, medicamentos inmunosupresores posteriores a un trasplante
- Esta información se aplica si usted tiene Medicare Original

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

5

Que las recetas médicas estén cubiertas por Medicare Parte A, Parte B o Parte D depende de varios factores:

- La necesidad médica
- El entorno de atención médica (por ejemplo, hogar, hospital [paciente internado o externo] o centro de cirugía) en el que se proporciona el servicio de salud
- Las indicaciones médicas o la razón por la que se necesita medicación (por ejemplo, para el tratamiento del cáncer)
- Todo requerimiento de cobertura especial, como los medicamentos inmunosupresores que se utilizan después de un trasplante de órganos

Esta información se aplica si usted tiene Medicare Original, cobertura de pago por servicio en la que el gobierno les paga a sus proveedores de servicios de salud directamente por sus beneficios de la Parte A y/o Parte B.

Si tiene un plan Medicare Advantage (MA) (Parte C) (como el de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o de una Organización de Proveedores Preferidos) con cobertura de recetas médicas, recibe toda la cobertura médica con el plan de Medicare, incluso los medicamentos recetados. La mayoría de los planes MA ofrecen cobertura para recetas médicas.

Cobertura para Recetas Médicas Parte A

- La Parte A suele pagar todos los medicamentos durante una hospitalización
 - Recibida como parte del tratamiento en hospital o en el centro de enfermería especializada
- Medicamentos utilizados en el cuidado de hospicio para el control de síntomas y alivio del dolor únicamente

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

6

Puede recibir medicamentos como parte de su tratamiento durante una hospitalización cubierta o una internación en un centro de enfermería especializada (SNF). Los pagos de Medicare Parte A realizados a los hospitales y a los SNF, en general, cubren todos los medicamentos durante la internación.

Puede recibir medicamentos para el control de síntomas o el alivio del dolor mientras recibe cobertura por cuidado en el hospicio Parte A. Es posible que se le cobren \$5 por cada medicamento recetado para pacientes ambulatorios u otros productos similares para el alivio del dolor y el control de los síntomas.

Los hospicios deben brindar prácticamente todos los servicios que necesitan las personas con enfermedades terminales. Como el cuidado en el hospicio es un beneficio de la Parte A, la Parte D no paga los medicamentos cubiertos por el pago de viáticos para el hospicio de Medicare Parte A.

AVISO: Si usted no tiene cobertura de la Parte A, Medicare Parte B no puede pagar hospitales ni SNF para ciertas categorías de medicamentos cubiertos por la Parte B. Si no tiene Parte A, puede pagar la Parte B si se terminó su cobertura de la Parte A para internación o si la parte A no la cubre.

Además, cuando recibe atención cubierta por la Parte A en el SNF, el pago del paquete de viáticos excluye ciertos medicamentos costosos de quimioterapia intensiva. Se facturan por separado en la Parte B.

Cobertura para Recetas Médicas Parte B

- La Parte B cubre medicamentos para pacientes ambulatorios con limitaciones
 - La mayoría de los medicamentos inyectables o para infusión suministrados como parte del servicio médico
 - Fármacos y productos biológicos
 - Usados para el tratamiento de la Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)
 - Medicamentos utilizados en el hogar con algunos tipos de equipos médicos duraderos (DME) cubiertos por la Parte B
 - Como nebulizadores o bombas de infusión
 - Algunos medicamentos orales con requisitos de cobertura especiales como
 - Ciertos medicamentos orales contra el cáncer o antieméticos
 - Medicamentos inmunosupresores, en ciertas circunstancias

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

7

Medicare Parte B ofrece cobertura limitada para medicamentos recetados. No cubre la mayoría de los medicamentos que se consiguen en la farmacia. Prácticamente todos los medicamentos cubiertos por la Parte B se encuentran dentro de las siguientes categorías:

- La mayoría de los medicamentos inyectables y para infusión que no suelen autoadministrarse y que se aplican en el consultorio de un médico (por ejemplo, un fármaco inyectable que se usa para tratar la anemia que se administra al mismo tiempo que la quimioterapia). No obstante, si el medicamento es una inyección que suele autoadministrarse (como Imitrex® para las migrañas) o que no se administra como parte del servicio médico, no está cubierto por la Parte B.
- Medicamentos y productos biológicos utilizados para el tratamiento de la Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) que son suministrados por el centro de ESRD responsable de la atención del paciente. Todo medicamento y producto biológico usado, por ejemplo, para el control de la anemia está cubierto por la Parte B cuando se administra en un centro de ESRD.
- Medicamentos administrados a través de equipo médico duradero (DME) cubierto por la Parte B en su casa (como nebulizador o bomba de infusión). Para recibir los medicamentos cubiertos por Medicare Parte B, elija una farmacia o proveedor que sea proveedor DME participante. Es posible que deba usar un proveedor con contrato en ciertas zonas y para ciertos productos DME. Si desea obtener más información o encontrar proveedores con contrato en su área, visite el Directorio de Suplidores de Medicare en Medicare.gov/supplierDirectory.
- Tres categorías de medicamentos orales con requerimientos de cobertura especial: ciertos medicamentos orales contra el cáncer, antieméticos orales (para tratar las náuseas) y medicamentos inmunosupresores (en ciertas circunstancias).
- Una cantidad limitada de otros tipos de medicamentos para pacientes ambulatorios. Pueden existir diferencias regionales en las políticas de cobertura de los medicamentos de la Parte B, en casos en los que no existe una decisión de cobertura nacional.

AVISO: Para los medicamentos cubiertos con requerimientos de cobertura especiales, visite el Capítulo 17 del Manual de Procesamiento de Reclamos de Medicare: Medicamentos y productos biológicos en CMS.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c17.pdf.

Cobertura de vacunas Parte B

- La Parte B cubre ciertas vacunas como parte de los servicios preventivos cubiertos de Medicare
 - Vacuna antigripal
 - Vacuna antineumocócica (para prevenir la neumonía)
 - Vacuna contra la Hepatitis B
- La Parte B puede cubrir ciertas vacunas después de la exposición a cierta enfermedad o después de una lesión
 - Vacuna antitetánica

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

8

Medicare Parte B cubre ciertas vacunas como parte de los servicios preventivos cubiertos de Medicare. Si usted cumple los criterios, la Parte B cubre la vacuna contra el virus de la influenza (antigripal), una aplicación de vacuna antineumocócica (para prevenir ciertos tipos de neumonía), una aplicación de vacuna contra la Hepatitis B (para personas con riesgo alto o intermedio) y otras vacunas (como la del tétanos) cuando se la necesita para tratar una lesión o si estuvo expuesto directamente a una enfermedad o condición.

Normalmente, los planes para medicinas de Medicare cubren (Parte D) otras vacunas (como la del herpes) necesarias para prevenir enfermedades.

Fármacos autoadministrados en entornos de hospital ambulatorio

- La Parte B no cubre medicamentos autoadministrados en un entorno de hospital ambulatorio
 - A menos que se necesiten para servicios hospitalarios
- Si está inscrito en la Parte D, es posible que se cubran medicamentos
 - Si no ingresa al hospital
 - Puede que tenga que pagar y solicitar reembolso

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

9

Es posible que exista la necesidad de suministrarle medicamentos autoadministrados (medicamentos que normalmente tomaría usted solo) en entornos de hospital ambulatorio, como en un departamento de emergencia, en unidades de observación, centros de cirugía o clínicas para el control del dolor. Por ejemplo, es posible que deba tomar a diario un medicamento para la presión sanguínea mientras está en la sala de emergencias por un esguince de tobillo. Medicare Parte A y Parte B no cubriría esa medicación porque no está relacionada con los servicios de paciente ambulatorio que se le están brindando para tratar su tobillo. Si se autoadministra medicamentos que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B mientras está en un entorno de hospital ambulatorio, el hospital puede cobrarle el medicamento.

No obstante, si está inscrito en un plan Medicare para Recetas Médicas (Parte D), estos medicamentos pueden estar cubiertos. Es probable que tenga que pagar medicamentos de su bolsillo y enviar un reclamo de reembolso a su plan para medicinas.

- En general, los planes de medicamentos de Medicare no se hacen cargo de los medicamentos de venta libre, como Tylenol®.
- El medicamento que usted necesita debe estar en el formulario de su plan (lista de medicamentos cubiertos).
- No se pueden recibir medicamentos autoadministrados en forma regular en un entorno de paciente ambulatorio o en un departamento de emergencia.
- Su plan para medicinas de Medicare controlará si usted podría haber conseguido estos medicamentos autoadministrados en una farmacia de la red.
- Si la farmacia del hospital no participa en Medicare Parte D, es posible que necesite pagar estos medicamentos de su bolsillo y enviar el reclamo al plan de medicinas de Medicare para obtener un reembolso.

AVISO: Visite [Medicare.gov/Pubs/pdf/11333.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11333.pdf) para bajar la hoja de recomendaciones "Cómo cubre Medicare los medicamentos autoadministrados otorgados en hospitales para pacientes ambulatorios" (Producto CMS No. 11333).

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 1

Las recetas médicas
pueden estar cubiertas
¿por cuál de las siguientes
partes?

- a. Parte A
- b. Parte B
- c. Parte D
- d. Todas las anteriores

1/mayo/2014

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

10

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 1

Las recetas médicas pueden estar cubiertas ¿por cuál de las siguientes partes?

- a. Parte A
- b. Parte B
- c. Parte D
- d. Todas las anteriores

RESPUESTA: d. Todas las anteriores Qué medicamentos están cubiertos por qué parte de Medicare depende del entorno, del medicamento, de la razón por la cual lo necesita y del tipo de cobertura que usted tenga.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 2

La Parte A cubre todos los medicamentos para personas que reciben cuidado de hospicio cubierto por Medicare.

- a. Verdadero
- b. Falso

1/mayo/2014

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

11

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 2

La Parte A cubre todos los medicamentos para personas que reciben cuidado de hospicio cubierto por Medicare.

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: b. Falso. Solamente los medicamentos usados en el cuidado de hospicio para el control de síntomas y alivio del dolor están cubiertos por la Parte A.

Lección 2 — Beneficios y Costos de Medicare Parte D

- Cobertura Medicare para recetas médicas
- Beneficios y costos del plan Medicare para medicinas

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

12

La Lección 2, "Beneficios y Costos de Medicare Parte D", ofrece información sobre cobertura, beneficios y costos para recetas médicas de Medicare Parte D.

Cobertura Medicare para Recetas Médicas Parte D

- Planes Medicare para medicinas
 - Aprobados por Medicare
 - Gestionados por compañías privadas
 - Disponibles para todas las personas con Medicare
- Usted debe inscribirse en un plan para obtener cobertura
- Existen 2 maneras de obtener cobertura
 1. Planes Medicare para Recetas Médicas
 2. Planes de salud de Medicare con cobertura de recetas médicas.

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

13

La cobertura Medicare para recetas médicas (Parte D) se suma a su cobertura de servicios de salud de Medicare Ayuda a pagar los medicamentos recetados que se necesitan por razones médicas, genéricos y de marca. Estos planes Medicare para medicinas son ofrecidos por las compañías de seguros y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Todas las personas con Medicare son elegibles para inscribirse en un plan Medicare para medicinas. Para obtener cobertura, debe inscribirse en un plan (la inscripción no es automática para la mayoría de las personas).

Existen 2 maneras principales de obtener cobertura Medicare para recetas médicas:

1. Inscribirse en un plan Medicare para Recetas Médicas (PDP). Estos planes agregan cobertura a Medicare Original y pueden **sumarse** a otros tipos de planes de salud de Medicare (pero no a los planes Medicare Advantage [MA]).
2. Inscribirse en un plan MA con cobertura de recetas médicas (MA-PD) (como el de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o el de una Organización de Proveedores Preferidos) u otro plan de salud de Medicare que **incluya** cobertura Medicare para recetas médicas. **Obtendrá toda la cobertura de Medicare (Parte A y Parte B), incluso la cobertura de recetas médicas (Parte D) a través de estos planes.**

El término "plan Medicare para medicinas" que se usa en toda esta presentación se refiere tanto a los PDP como a los MA-PD u otros planes de Medicare con cobertura para medicamentos recetados.

AVISO: Algunas pólizas de Medigap (asegurador suplementario de Medicare) ofrecían cobertura de recetas médicas antes del 1 de enero de 2006. Esta no es una cobertura de recetas médicas de Medicare.

Planes Medicare para medicinas

- Pueden ser flexibles en el diseño del beneficio
- Deben ofrecer cobertura de nivel estándar como mínimo
- Varían en cuanto al costo y los medicamentos cubiertos
 - Diferentes niveles de copagos y/o conjuntos
 - Deducible
 - La cobertura de medicamentos no suele estar contemplada en la Parte D
- Los beneficios y costos pueden cambiar todos los años

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

14

Los planes Medicare para medicinas pueden diferir uno de otro en función de las recetas médicas que cubren, cuánto se debe pagar y qué farmacias se pueden usar. Todos los planes Medicare para medicinas deben darle al menos un nivel estándar de cobertura de Medicare. No obstante, los planes ofrecen diferentes combinaciones de cobertura y de costos compartidos. Los planes pueden ofrecer más cobertura y medicamentos adicionales, en general por una prima mensual más elevada.

La mayoría de los planes continúan ofreciendo diferentes estructuras de beneficios, que incluyen conjuntos, copagos y/o deducibles. Los planes ampliados pueden ofrecer beneficios adicionales, como cobertura durante el período sin cobertura o para ciertas medicinas que Medicare Parte D no suele cubrir.

Los beneficios y costos del plan pueden cambiar todos los años, de modo que es importante mirar y comparar sus opciones del plan en forma anual.

Plan Medicare para medicinas

- Los costos varían según el plan
- En 2015, la mayoría de las personas pagará
 - Una prima mensual
 - Un deducible anual (si corresponde)
 - Copagos o coseguros
 - 45% de los medicamentos de marca cubiertos en el período sin cobertura
 - 65% de los medicamentos genéricos cubiertos en el período sin cobertura
 - Muy poco después de gastar \$4,700 de su bolsillo

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

15

Sus costos de cobertura de recetas médicas dependerán del plan que elija y de algunos otros factores, como qué medicinas usa, en qué plan Medicare de medicinas se inscribe, si va a una farmacia de la red de su plan y si recibe pagos de Ayuda Adicional para costear sus medicamentos.

La mayoría de las personas pagan una prima mensual por la cobertura Medicare para recetas médicas. También pagará una parte de los costos de sus recetas, incluso un deducible (si corresponde), copagos y/o coseguro.

Comuníquese con su plan de medicinas (no con Seguro Social) si desea que se deduzca su prima de su pago mensual de Seguro Social. Su primera deducción normalmente se iniciará después de los 3 meses y probablemente se deduzcan 3 meses de primas de una sola vez.

Después de eso, solo se deducirá una prima por mes. También es posible que observe una demora en la retención de primas si usted cambia de plan. Si desea suspender las deducciones de primas y que se le facture directamente, comuníquese con su plan de medicinas.

Cuando usted se encuentra en el período sin cobertura, paga 45% por los medicamentos de marca cubiertos y 65% por los medicamentos genéricos cubiertos.

Con cada plan, una vez que pagó \$4,700 de su bolsillo por costos de medicinas en 2015 (incluso, con pagos de otras fuentes, como el descuento pagado por la compañía farmacéutica durante la falta de cobertura), abandona la falta de cobertura y paga 5% (o un pequeño copago) por cada nuevo medicamento durante el resto del año.

Estructura estándar en 2015

La Sra. Smith se inscribe en un plan para recetas médicas Su cobertura comienza el 1 de enero de 2015 No cuenta con Ayuda Adicional y usa su tarjeta de membresía del plan Medicare para medicinas al comprar sus medicamentos recetados. Paga una prima mensual durante todo el año.

1. Deducible anual	2. Copago o coseguro (lo que usted paga en la farmacia)	3. Falta de Cobertura	4. Cobertura Catastrófica
La Sra. Smith paga los primeros \$320 de sus costos en medicinas antes de que comience su plan de pagos compartidos.	La Sra. Smith paga un copago y su plan paga su parte por cada medicamento cubierto hasta que la suma combinada (más el deducible) alcance un valor de \$2,960.	Una vez que la Sra. Smith y su plan han gastado \$2,960 en medicamentos cubiertos, ella se encuentra en falta de cobertura. En 2015, la Sra. Smith paga 45% del costo del plan por sus medicamentos recetados de marca y 65% por el costo del plan de medicinas genéricas cubiertas. Lo que paga (y el descuento pagado por la compañía farmacéutica) cuenta como gasto de bolsillo y le ayuda a salir de la falta de cobertura.	Una vez que la Sra. Smith ha gastado \$4,700 de su bolsillo para ese año, finaliza su período de falta de cobertura. Ahora solamente paga un pequeño coseguro o copago por cada medicina cubierta hasta fin de año.
1/mayo/2015	Cobertura Medicare para Recetas Médicas		16

Aquí presentamos un ejemplo que muestra lo que pagaría cada año en un plan Medicare para medicinas. Muy pocos planes realmente siguen este diseño. Los costos de su plan de medicinas varían.

- **Prima mensual** — La mayoría de los planes de medicinas cobran una tarifa mensual que difiere de un plan a otro. Usted paga esto sumado a la prima de la Parte B (si tiene Parte B). Si pertenece a un plan Medicare Advantage (como el de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o una Organización de Proveedores Preferidos) que incluye cobertura de medicinas, la prima mensual del plan puede incluir un monto para la cobertura de recetas médicas.
- **Deducible anual (usted paga hasta \$320 en 2015)** — Esta es la cantidad que usted paga todos los años por sus recetas antes de que su plan comience a pagar. Ningún plan Medicare para medicinas tienen un deducible mayor de \$320 en 2015. Algunos planes de medicinas no tienen deducibles.
- **Copagos o coseguro (usted paga aproximadamente 25%)** — Estas son las cantidades que usted paga por sus recetas cubiertas después de pagar el deducible (si el plan no tiene ninguno). Usted paga su parte y el plan de medicinas paga su parte por los medicamentos cubiertos.
- **Período sin cobertura** — El período sin cobertura comienza después de que usted y su plan para medicinas han gastado cierta cantidad de dinero por los medicamentos cubiertos (\$2,960 en 2015). En 2015, una vez que ingresa en el período sin cobertura, paga 45% del costo del plan por sus medicamentos cubiertos de marca y 65% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que llega al final del período sin cobertura. Ciertos costos se tienen en cuenta para salir del período sin cobertura, entre ellos su deducible anual, el coseguro y los copagos, el descuento que reciben los medicamentos de marca cubiertos durante la falta de cobertura y lo que usted paga durante ese mismo período. No obstante, la prima del plan para medicinas, lo que usted paga por los medicamentos que no están cubiertos y el descuento de los medicamentos genéricos cubiertos en el período sin cobertura no cuentan para salir de ese período.
- **Cobertura catastrófica (usted paga 5%)** — Una vez que llega a su límite de gasto de bolsillo (\$4,700 en 2015), sale del período sin cobertura y obtiene automáticamente la cobertura catastrófica, con la que usted solo paga un pequeño copago o coseguro por los medicamentos cubiertos durante el resto del año.

Cobertura mejorada durante el período sin cobertura

Año	Lo que usted paga por medicamentos de marca cubiertos en el período sin cobertura	Lo que usted paga por medicamentos genéricos cubiertos en el período sin cobertura
2015	45%	65%
2016	45%	58%
2017	40%	51%
2018	35%	44%
2019	30%	37%
2020	25%	25%

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

17

Una vez que se alcanza la falta de cobertura en 2015, se paga 45% del costo del plan por medicamentos recetados cubiertos de marca. Obtendrá estos ahorros si adquiere sus recetas en una farmacia o solicita los medicamentos por correo. El descuento se efectuará a partir del precio que su plan ha fijado con la farmacia para ese medicamento específico. En 2015, el 95% del precio —lo que usted paga más el 50% del pago de descuento del fabricante— se computará como parte de los costos de bolsillo, lo que le ayudará a salir del período sin cobertura. Lo que el plan para medicinas paga para cubrir el costo del medicamento (5% del precio) y lo que el plan para medicinas paga para cubrir la tarifa de suministro (55% de la tarifa) no se tiene en cuenta para calcular su gasto de bolsillo.

En 2015, Medicare pagará 35% del precio por medicamentos genéricos durante el período sin cobertura. Usted paga el restante 65% del precio. Lo que usted paga por medicamentos genéricos durante el período sin cobertura disminuye cada año hasta alcanzar el 25% en 2020. La cobertura de medicamentos genéricos funciona diferente del descuento por medicamentos de marca. Para los medicamentos genéricos, solo la cantidad que paga se calculará para salir del período sin cobertura.

Visite [Medicare.gov/part-d/costs/coverage-gap/part-d-coverage-gap.html](https://www.medicare.gov/part-d/costs/coverage-gap/part-d-coverage-gap.html) si desea obtener ejemplos de lo que usted paga por medicamentos genéricos o de marca.

Si posee un plan Medicare para medicinas que ya incluye cobertura durante el período sin cobertura, es posible que obtenga un descuento una vez aplicada la cobertura de su plan al precio del medicamento. El descuento por medicamentos de marca se aplicará a la cantidad restante que adeuda.

AVISO: Visite [CMS.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Downloads/11522-P.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Downloads/11522-P.pdf) para descargar la publicación "Información que los farmacéuticos pueden usar para reducir el tiempo sin cobertura" (CMS 11522-P) y [CMS.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Downloads/11495-P.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Downloads/11495-P.pdf) para descargar la publicación "Información que los socios pueden usar para reducir el tiempo sin cobertura" (CMS 11495-P).

Verdaderos costos de bolsillo (TrOOP)

- Gastos que se computan para el límite de su gasto de bolsillo (\$4,700 en 2015)
- Una vez alcanzado el límite, usted recibe cobertura catastrófica
 - Se paga solo un pequeño copago o coseguro por los medicamentos cubiertos
- La Explicación de Beneficios de Medicamentos (EOB) muestra los costos TrOOP hasta la fecha
- Los TrOOP se transfieren si usted cambia de plan a mitad de año

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

18

Los verdaderos costos de bolsillo (TrOOP) son gastos que se computan para alcanzar el límite de gastos de bolsillo que tiene su plan Medicare para medicinas de \$4,700 (para 2015). Los costos TrOOP determinan cuándo comienza su cobertura catastrófica. Su plan para medicinas hará un seguimiento de sus costos TrOOP. Todos los meses que adquiera recetas cubiertas, su plan para medicinas le enviará una Explicación de Beneficios de Medicamentos (EOB) con sus costos TrOOP a la fecha.

Para que los pagos se sumen a sus costos TrOOP, los pagos debe hacerlos usted o alguien en su nombre, no estar cubiertos por otro seguro y deben ser para ciertos tipos de costos según las normas de su plan (por ejemplo, los medicamentos que están en el formulario del plan o que son despachados en una farmacia de la red del plan).

Si cambia de plan durante el año, su saldo de TrOOP se transfiere al nuevo plan Medicare para medicinas. Medicare implementó procesos para transferir el saldo TrOOP. La transferencia comienza cuando se desafilia y se inscribe en un nuevo plan. Si usted piensa que hay un error en el saldo TrOOP que se transfiere, es posible que deba entregar una copia de su EOB más reciente al nuevo plan para demostrar su actual saldo TrOOP.

AVISO: Visite [CMS.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Publications-for-Partners.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Publications-for-Partners.html) para descargar la hoja de recomendaciones "Información que los socios pueden usar para comprender los verdaderos costos de bolsillo (TrOOP)" (Producto CMS No. 11223-P).

¿Qué pagos se computan en los TrOOP?

■ Pagos incurridos por

- Usted (incluidos los pagos de su Cuenta de Ahorros Médicos [MSA], su Cuenta de Ahorros de Salud [HSA] o su Cuenta de Gastos Flexibles [FSA] [si corresponde])
- Miembros o amigos de la familia
- Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPA)
- Ayuda Adicional de Medicare (subsidio por bajos ingresos)
- El Servicio de Salud Indígena
- La mayoría de las organizaciones benéficas (a menos que estén establecidas, dirigidas o controladas por el empleador o sindicato actual o anterior de la persona o por el Programa de Asistencia al Paciente de un laboratorio medicinal que opera fuera de la Parte D)
- Los laboratorios medicinales que proporcionan descuentos dentro del programa de descuentos del período sin cobertura de Medicare
- Los Programas de Asistencia de Medicinas para SIDA (ADAP)

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

19

Los pagos realizados para recetas cubiertas antes de que su plan para medicinas comience a pagar (el deducible anual , si corresponde), para cada receta cubierta después de que su plan para medicinas comience a pagar (copagos o coseguro durante el período de cobertura inicial) y todos los pagos realizados para recetas médicas cubiertas durante su período sin cobertura, si el plan cuenta con un período sin cobertura, se **computan** en sus costos TrOOP si los realiza alguno de los siguientes:

- Usted (incluidos los pagos de su Cuenta de Ahorros Médicos [MSA], su Cuenta de Ahorros de Salud [HSA] o su Cuenta de Gastos Flexibles [FSA] [si corresponde])
- Miembros o amigos de la familia
- Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPA)
- Ayuda Adicional de Medicare (subsidio por bajos ingresos)
- El Servicio de Salud Indígena
- La mayoría de las organizaciones benéficas (a menos que estén establecidas, dirigidas o controladas por el empleador o sindicato actual o anterior de la persona o por el Programa de Asistencia al Paciente de un laboratorio medicinal que opera fuera de la Parte D)
- Los laboratorios medicinales que proporcionan descuentos dentro del programa de descuentos del período sin cobertura de Medicare
- Los Programas de Asistencia de Medicinas para SIDA (ADAP)

Se deben cumplir ciertas condiciones para que un pago se compute en los TrOOP. Entre otras, que los pagos sean para medicamentos que están incluidos en el formulario del plan o para aquellos que se tratan como si estuvieran incluidos por una determinación de cobertura, un proceso de excepciones o una apelación. Los medicamentos deben comprarse en una farmacia de la red o en una farmacia fuera de la red, de conformidad con la política de farmacias externas del plan.

¿Qué pagos no se computan en los TrOOP?

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ El monto pagado por un plan Medicare para medicinas▪ La prima mensual del plan para medicinas▪ Los medicamentos adquiridos fuera de EE. UU. y sus territorios▪ Los medicamentos no cubiertos por el plan▪ Los medicamentos excluidos de la definición de medicina cubierta por la Parte D, incluso en casos en los que el plan elige cubrir como beneficio suplementario (como medicinas para el crecimiento capilar)▪ Los medicamentos de venta libre o la mayoría de las vitaminas (incluso si el plan las exige como parte de una terapia en etapas) | <p>Los pagos realizados o reembolsados por</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Cobertura de salud grupal o para jubilados▪ Programas financiados por el gobierno▪ Otros grupos de terceros▪ Programas de Asistencia a Pacientes que operan fuera del beneficio de la Parte D▪ Otros tipos de seguro |
|--|---|

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

20

Los pagos que **no** se computan en los costos TrOOP:

- La parte del costo del medicamento pagada por un plan Medicare para medicinas
- La prima mensual del plan para medicinas
- Los medicamentos adquiridos fuera de EE. UU. y sus territorios
- Los medicamentos no cubiertos por el plan
- Los medicamentos excluidos de la definición de medicina cubierta por la Parte D, incluso en casos en los que el plan elige cubrirlos como beneficio suplementario (como medicinas para el crecimiento capilar)
- Los medicamentos de venta libre o la mayoría de las vitaminas (incluso si el plan las exige como parte de una terapia en etapas)

Los pagos **no se** computan en sus costos TrOOP si los realiza (o los reembolsa en su nombre) alguno de los siguientes:

- Planes de salud grupales como el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHBP) o la cobertura del empleador o de jubilados de sindicato
- Programas de salud financiados por el gobierno como Medicaid, TRICARE, Indemnización por Accidentes del Trabajo, Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA), Centro de Salud Habilitado Federalmente (FQHC), Clínica de Salud Rural (RHC), Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) y beneficios de Enfermedad Pulmonar Minera.
- Otros grupos de terceros con obligación legal de pagar los costos de las recetas de la persona
- Programas de Asistencia a Pacientes (PAP) que operan fuera del beneficio de la Parte D
- Otros tipos de seguro

Prima mensual de la Parte D y Cantidad del Ajuste Mensual Relacionado al Ingreso (IRMAA)

- Se basa en el ingreso por encima de cierto límite
 - Menos del 5% pagan una prima más alta
 - Utiliza el mismo límite usado para computar IRMAA en función de la prima de la Parte B
 - El ingreso es el informado en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años
- Es obligatorio pagarla si tiene cobertura de la Parte D
 - No pagar producirá la desafiliación

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

21

Un pequeño grupo —menos del 5% de todas las personas con Medicare— pueden pagar una prima mensual más alta en función de sus ingresos (según lo informado en la declaración de impuestos al IRS de hace 2 años). Si sus ingresos superan cierto límite, deberá pagar un monto adicional a la prima de su plan. Seguro Social utiliza datos de ingresos provenientes del Servicio de Rentas Internas (IRS) para calcular si debe o no pagar una prima más alta. Los límites de ingreso son los mismos que los de la cantidad del ajuste mensual relacionado al ingreso (IRMAA) de la Parte B.

Normalmente, la cantidad adicional se deducirá de su cheque del Seguro Social. Si no tiene suficiente dinero en su cheque del Seguro Social o si no recibe ese tipo de cheque, Medicare o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) le facturará una cantidad adicional todos los meses. Esto significa que usted debe pagar su prima mensual todos los meses a su plan y su monto IRMAA todos los meses a Medicare o RRB. (En otras palabras, usted paga el monto IRMAA de la Parte D directamente al gobierno y no a su plan). Esto también se aplica si usted recibe cobertura de la Parte D a través de su empleador (pero no a través de un subsidio de medicinas para jubilados u otra cobertura válida).

Si usted no paga, quedará desafiliado de su plan Medicare para medicinas, incluso aunque tenga cobertura de la Parte D a través de un plan Medicare Advantage o de un empleador.

Debe pagar tanto el monto adicional (IRMAA de la Parte B) como la prima de su plan todos los meses para mantener la cobertura Medicare para recetas médicas.

Si tiene que pagar un monto adicional y no está de acuerdo (por ejemplo, si se produce un acontecimiento en su vida que reduce sus ingresos), llame a Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778. Si desea más información, visite [socialsecurity.gov/](https://www.socialsecurity.gov/).

FUENTE: Publicación SSA No. 05-10536 "Primas de Medicare: normas para beneficiarios con ingresos más altos" en [SSA.gov/pubs/EN-05-10536.pdf](https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10536.pdf).

Cantidad del Ajuste Mensual Relacionado al Ingreso (IRMAA)

Su ingreso anual en 2013 con una declaración impositiva individual	Su ingreso anual en 2013 con una declaración impositiva conjunta	En 2015 paga mensualmente
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	Su prima del plan (YPP)
Por encima de \$85,000 Hasta \$107,000	Por encima de \$170,000 Hasta \$214,000	YPP + \$12.30*
Por encima de \$107,000 Hasta \$160,000	Por encima de \$214,000 Hasta \$320,000	YPP + \$31.80*
Por encima de \$160,000 Hasta \$214,000	Por encima de \$320,000 Hasta \$428,000	YPP + \$51.30*
Por encima de \$214,000	Por encima de \$428,000	YPP + \$70.80*

IRMAA se ajusta todos los años y se calcula a partir de la prima básica anual de beneficiarios

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

22

Usted paga únicamente la prima de su plan si su ingreso anual en 2013 fue de \$85,000 o menos para una persona o \$170,000 o menos para una pareja.

Si reportó un ingreso bruto modificado y ajustado de más de \$85,000 (personas solas y casadas con declaraciones separadas) o de \$170,000 (personas casadas con declaraciones conjuntas) en su declaración impositiva de hace 2 años (la información sobre declaraciones impositivas más reciente suministrada a Seguro Social por el IRS) ante el Servicio de Rentas Internas (IRS), debe pagar un monto adicional por su cobertura Medicare para recetas médicas que se llama: Cantidad del Ajuste Mensual Relacionado al Ingreso (IRMAA). Debe pagar esta cantidad adicional sumada a la prima mensual de su plan Medicare para recetas médicas.

Si sus ingresos disminuyeron debido a alguna de las siguientes situaciones y el cambio marca una diferencia en el nivel de ingresos que Seguro Social tiene en cuenta, comuníquese con ellos para explicarles que tiene información nueva y puede necesitar una decisión nueva sobre su IRMAA:

- Se casó, divorció o enviudó
- Usted o su cónyuge dejaron de trabajar o redujeron sus horas de trabajo
- Usted o su cónyuge perdieron una propiedad que generaba ingresos a causa de un desastre o de algún otro evento fuera de su control
- Usted o su cónyuge sufrieron un cese, desvinculación o reestructuración programados de un plan jubilatorio por parte del empleador
- Usted o su cónyuge llegaron a un acuerdo con su empleador actual o anterior por cierre, quiebra o reestructuración del empleador

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 3

Cuando se logren las mejoras del período sin cobertura en 2020, deberá pagar el siguiente porcentaje de sus medicamentos cubiertos genéricos y de marca.

- a. De marca 30%, genérico 37%
- b. De marca 20%, genérico 20%
- c. De marca 25%, genérico 25%
- d. De marca 35%, genérico 44%

1/mayo/2014

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

23

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 3

Cuando se logren las mejoras del período sin cobertura en 2020, deberá pagar el siguiente porcentaje de sus medicamentos cubiertos genéricos y de marca:

- a. De marca 30%, genérico 37%
- b. De marca 20%, genérico 20%
- c. De marca 25%, genérico 25%
- d. De marca 35%, genérico 44%

RESPUESTA: c. De marca 25%, genérico 25%. En 2020, se alcanzan las mejoras del período sin cobertura y deberá pagar 25% tanto para medicamentos de marca como genéricos.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 4

La Parte A cubre vacunas contra la gripe.

- a. Verdadero
- b. Falso

1/mayo/2014

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

24

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 4

La Parte A cubre vacunas contra la gripe.

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: b. Falso. Las vacunas contra la gripe están cubiertas por la Parte B.

Lección 3 — Cobertura para medicinas de Medicare Parte D

- Medicamentos cubiertos y no cubiertos
- Acceso a medicamentos cubiertos
- Control de la Terapia de Medicamentos

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

25

La Lección 3, "Cobertura para medicinas de Medicare Parte D" ofrece información sobre lo siguiente:

- Medicamentos cubiertos y no cubiertos
- Acceso a medicamentos cubiertos
- Control de la Terapia de Medicamentos

Medicinas cubiertas por la Parte D

- Medicamentos recetados de marca y genéricos
 - Aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
 - Utilizados y vendidos en los Estados Unidos
 - Utilizados por indicaciones médicamente aceptadas
- Incluye medicamentos, productos biológicos e insulina
 - Y suministros asociados con la inyección de la insulina
- Los planes cubren una gama de medicinas en cada categoría
- La cobertura y las normas varían según el plan

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

26

Los planes Medicare para medicinas cubren medicamentos genéricos y de marca. Para que un medicamento esté cubierto por Medicare, se debe poder conseguir solo mediante receta, estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA), ser de uso y venta en los Estados Unidos y utilizarse por una indicación médicamente aceptada.

Medicare cubre medicamentos recetados, insulina y productos biológicos (por ej., anticuerpos, proteínas, células, etc.). Medicare también cubre suministros médicos asociados con la inyección de insulina, como jeringas, agujas, torundas con alcohol y gasa.

Para asegurarse de que las personas con diferentes condiciones médicas puedan obtener las recetas que necesitan, las listas de medicamentos (formulario) para cada plan deben incluir una gama de medicamentos para cada categoría recetada. Todos los planes Medicare para medicinas en general deben cubrir por lo menos 2 medicamentos por categoría, pero los planes pueden elegir qué medicamentos específicos desean cubrir. La cobertura y las normas varían de un plan a otro, lo que puede afectar el monto que usted pague.

Incluso si la lista de recetas médicas de un plan no incluye su medicamento específico, en la mayoría de los casos, habrá otro medicamento similar disponible. Si usted o su recetador autorizado (su médico u otro proveedor de servicios de salud que esté legalmente autorizado a escribir recetas) creen que ninguno de los medicamentos de la lista de su plan funciona para su condición, pueden solicitar una excepción.

Cobertura obligatoria

- Todos los medicamentos de las 6 categorías
 1. Medicamentos para el cáncer
 2. Tratamientos para el VIH/SIDA
 3. Antidepresivos
 4. Medicación antipsicótica
 5. Tratamientos anticonvulsivantes
 6. Inmunosupresores
- Todas las vacunas comercialmente disponibles
 - Excepto las cubiertas por la Parte B (por ej., antigripal)

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

27

Los planes Medicare para medicinas deben cubrir todos los medicamentos de las 6 categorías protegidas para tratar ciertas condiciones:

1. Medicamentos para el cáncer
2. Tratamientos para el VIH/SIDA
3. Antidepresivos
4. Medicación antipsicótica
5. Tratamientos anticonvulsivantes para la epilepsia y otras condiciones
6. Inmunosupresores

Además, los planes Medicare para medicinas deben cubrir todas las vacunas comercialmente disponibles, incluso la del herpes (pero no las vacunas cubiertas por la Parte B, como la antigripal y la antineumocócica). Usted o su proveedor pueden contactar a su plan Medicare para medicinas y pedirles más información sobre la cobertura de vacunas y cualquier otra información adicional que pueda necesitar el plan.

Si desea más información, visite [CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf).

Medicamentos excluidos en la Parte D por ley

- Medicamentos para la anorexia, pérdida o aumento de peso
- Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos para fines cosméticos o de estilo de vida
- Medicamentos para el alivio sintomático de la tos y el resfrío
- Productos vitamínicos y minerales por prescripción
- Medicamentos no prescritos

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

28

Por ley, Medicare no cubre los siguientes medicamentos:

- Medicamentos para la anorexia, pérdida o aumento de peso (incluso si se usan para fines no cosméticos [por ej., obesidad mórbida]).
- Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usan para tratar la disfunción sexual o eréctil, a menos que dichos fármacos se utilicen para tratar una condición distinta de la sexual y cuyo uso haya sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. Por ejemplo, un plan Medicare para medicinas puede cubrir un medicamento para la disfunción eréctil cuando se utiliza para tratar una próstata agrandada (conocida como hipertrofia prostática benigna o BPH).
- Medicamentos para la fertilidad.
- Medicamentos para fines cosméticos o de estilo de vida (por ej., crecimiento capilar).
- Medicamentos para el alivio sintomático de la tos y el resfrío.
- Productos vitamínicos y minerales por prescripción (salvo las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor).
- Medicamentos no prescritos.

Los planes pueden optar por cubrir medicamentos excluidos a su propia cuenta y cargo o compartir el costo con usted.

Visite [CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf) (42 CFR 423.100) para obtener más información sobre medicamentos excluidos.

Formulario

- Lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan
- Podría tener niveles con diferentes precios

Ejemplo de estructura de niveles

Nivel	usted paga	medicamentos recetados que cubre
1	copago más bajo	la mayoría de los medicamentos genéricos
2	copago medio	preferido, nombre de marca comercial
3	copago alto	no preferido, nombre de marca comercial
4 o especialidad	copago más alto o coseguro	único, costo muy elevado

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

29

Cada plan Medicare para medicinas tiene un formulario, que es una lista de los medicamentos recetados que cubre. Cada formulario debe incluir una gama de medicamentos en las categorías y clases recetadas. Para ofrecer costos más bajos, muchos planes ubican medicamentos con costos diferentes, en diferentes conjuntos. Cada plan puede formar sus conjuntos de diferente forma.

Este es un ejemplo de cómo podría un plan formar sus conjuntos:

- **Conjunto 1 – Medicamentos genéricos** (los más económicos) — Los medicamentos del conjunto 1 son fármacos genéricos e iguales que los de marca en cuanto a seguridad, concentración, calidad, funcionamiento, posología y modo de administración. Utilizan los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Los laboratorios de medicamentos genéricos deben demostrar que sus productos actúan de la misma manera que los medicamentos de marca correspondientes. Son menos costosos debido a la competencia del mercado. Los medicamentos genéricos se someten a pruebas exhaustivas y deben ser autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA). Hoy en día, casi la mitad de todas las recetas de los Estados Unidos se expenden con medicamentos genéricos. En algunos casos, puede no existir un equivalente genérico para el medicamento de marca que usted toma. Convérselo con el recetador autorizado.
- **Conjunto 2 – Medicamentos de marcas preferidas** — Los medicamentos del conjunto 2 cuestan más que los del conjunto 1.
- **Conjunto 3 – Medicamentos de marcas no preferidas** — Los medicamentos del conjunto 3 cuestan más que los del conjunto 2.
- **Conjunto 4 – (o conjunto de especialidades)** — Estos medicamentos son exclusivos y tienen un costo alto.

AVISO: En algunos casos, si el medicamento está en un conjunto más alto (de mayor costo) y su recetador autorizado considera que usted necesita ese medicamento en lugar de otro similar de un conjunto más bajo, puede solicitar una excepción y pedirle a su plan un copago menor.

Cambios en el formulario

- Los planes solo pueden cambiar categorías y clases al inicio de cada año de plan
 - Pueden realizar cambios de mantenimiento durante el año
 - Como reemplazar un medicamento de marca por un nuevo genérico
- El plan normalmente debe enviar notificación 60 días antes del cambio
 - Usted puede utilizar el medicamento hasta que finalice el año calendario
 - Puede pedir una excepción si otro fármaco no funciona
- Los planes pueden eliminar medicamentos retirados del mercado por la FDA o por el fabricante sin la notificación de los 60 días.

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

30

Los planes Medicare para medicinas pueden cambiar solo las categorías y clases terapéuticas en un formulario al inicio de cada año de plan o explicar nuevos usos terapéuticos y medicamentos cubiertos por la Parte D de aprobación reciente. Un año de plan es un año calendario, de enero a diciembre.

Los planes Medicare para recetas pueden realizar cambios de mantenimiento en sus formularios, por ejemplo, introducir cambios en el formulario como resultado de información nueva sobre la seguridad o efectividad del fármaco. Estos cambios se deben realizar de acuerdo con procedimientos de aprobación prescritos, y los planes deben dar aviso con 60 días de anticipación a los CMS, a los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica, a los médicos que emiten recetas, a las farmacias de red, a los farmacéuticos y a las personas cubiertas por el plan. Puede utilizar el medicamento hasta que finalice el año calendario. Puede pedir una excepción si otros fármacos no funcionan.

En la Parte D, ningún miembro del plan debe discontinuar ni reducir la cobertura del medicamento por el resto del año de plan. No obstante, esto no sucede cuando se elimina un medicamento del formulario por una decisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. o cuando el fabricante retira el medicamento del mercado. En esos casos, no se exige a los planes Medicare para medicinas que obtengan la aprobación de los CMS ni que envíen notificación con 60 días de anticipación.

Cómo controlan los planes el acceso a los medicamentos

Autorización previa	El médico debe contactar previamente al plan para obtener la aprobación y demostrar la necesidad del medicamento antes de que se pueda acceder a la cobertura
Terapia de Pasos	- Se debe intentar primero utilizar un medicamento menos costoso - El médico puede solicitar una excepción si - El medicamento similar y menos costoso no funcionó o si - El medicamento de la terapia de pasos es necesario por razones médicas
Límites de cantidad	- El plan puede limitar la cantidad de medicamentos durante un período por seguridad y/o costos - El médico puede solicitar una excepción si se necesita una cantidad adicional por razones médicas

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

31

Los planes Medicare para medicinas gestionan el acceso a medicinas cubiertas de varias maneras. Se las conoce como "Normas de cobertura". Entre ellas, se incluyen, la autorización previa, la terapia de pasos y los límites de cantidad.

Es posible que necesite medicamentos que requieran autorización previa. Esto significa que antes de que el plan cubra un medicamento en particular, su médico u otro recetador autorizado deben demostrar a su plan, en primer lugar, que tiene la necesidad médica de ese medicamento en particular. Los planes también hacen esto para asegurarse de que usted está usando correctamente esos medicamentos. Póngase en contacto con su plan sobre estos requerimientos de autorización y hable con su recetador autorizado.

La terapia de pasos es un tipo de norma de cobertura. En la mayoría de los casos, en primer lugar debe probar un medicamento menos costoso de la lista de medicamentos del plan que haya sido probado con eficacia por la mayoría de las personas con su condición antes de saltar a otro paso con una medicina más costosa. Por ejemplo, algunos planes pueden requerir que primero pruebe un medicamento genérico (si está disponible), después un medicamento de marca menos costoso de su lista de medicamentos antes de autorizar un medicamento cubierto de marca, similar y más costoso.

No obstante, si ya probó un medicamento similar y menos costoso que no funcionó o si el médico cree que por su condición médica es necesario por razones médicas tomar un medicamento de terapia de pasos (el medicamento que el médico prescribió originalmente), con la ayuda de su médico, puede contactar el plan para solicitar una excepción. Si la solicitud es aprobada, el plan cubrirá el medicamento de terapia de pasos prescrito originalmente.

Por razones de seguridad y de costos, los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren durante un cierto período de tiempo. Si su recetador autorizado considera que, a causa de su condición médica, no es apropiado desde el punto de vista médico limitar una cantidad, usted o su recetador pueden contactarse con el plan para solicitar una excepción. Si el plan aprueba su solicitud, el límite de cantidad no se aplicará a su receta.

Para obtener más información, visite [CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf) (consulte la Sección 30.2.2).

Requisito para recetadores autorizados

¡NUEVO!

- La Norma CY 2015 emitida el 23 de mayo de 2014 exige a los recetadores autorizados de medicamentos de la Parte D
 - Estar inscritos con un estado aprobado, o
 - Tener una declaración jurada de exclusión voluntaria sobre el expediente para que sus recetas sean cubiertas por la Parte D
- El 1 de mayo de 2015, la norma provisoria final cambió la fecha de entrada en vigencia al 1 de enero de 2016

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

32

CMS está usando los datos de los problemas que surgen con las recetas médicas para dirigir esfuerzos que permitan combatir el fraude y el abuso, y compartiendo los resultados de los análisis de datos con los patrocinadores de los planes de la Parte D, las agencias de autoridades y las juntas de licencias médicas, según corresponda. Una cláusula clave sobre fraude y abuso de la política CY 2015 y los cambios técnicos de la norma final del programa de recetas médicas y Medicare Advantage (MA) exigen que los recetadores autorizados de medicamentos de la Parte D se inscriban en Medicare. CMS finalizó el CMS-4159-F "Programa Medicare, Política del año de contrato 2015 y cambios técnicos a los Programas Medicare de beneficios de recetas médicas y Medicare Advantage" el 23 de mayo de 2014. Esta norma exige que los médicos y cuando corresponda, otros profesionales elegibles que escriban recetas para las medicinas de la Parte D se inscriban con un estado aprobado o tengan una declaración jurada de exclusión voluntaria archivada con un Contratista Administrativo Medicare A/B (MAC) para que sus recetas sean cubiertas por la Parte D. La reglamentación final declaraba que la fecha efectiva de este requisito sería 1 de junio de 2015, pero CMS demoró la aplicación de los requisitos de 42 CFR 423.120(c)(6) hasta el 1 de diciembre de 2015. CMS publicó una norma final provisoria con período de comentario (IFC) que cambió la fecha de entrada en vigencia al 1 de enero de 2016. La norma CMS-6107-IFC permite a las personas con beneficios de Medicare continuar recibiendo medicamentos recetados por personas autorizadas para recetar mediante la legislación estatal pero que por cláusulas estatutarias que rigen el tipo de personas que pueden acceder a la inscripción, no pueden inscribirse ni generar una exclusión voluntaria de Medicare. Consulte la IFC en federalregister.gov/articles/2015/05/06/2015-10545/medicare-programs-changes-to-the-requirements-for-part-d-prescribers.

Tenga en cuenta que las funciones de inscripción para los médicos y otros recetadores autorizados se manejan como un MAC Parte B. A fin de preparar a los recetadores autorizados y a los patrocinadores de la Parte D para el 1 de enero de 2016, la fecha de aplicación, CMS está poniendo a disposición un archivo de inscripción que identifica a los médicos y profesionales elegibles que están inscritos en Medicare con estado aprobado o de exclusión voluntaria. La primera versión del archivo de inscripción ya está disponible en data.CMS.gov/dataset/Medicare-Individual-Provider-List/u8u9-2upx. Si desea más información, visite CMS.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/SE1434.pdf.

Si su receta cambia

- Obtenga información actualizada del formulario de su plan
 - Sitio Web
 - Centro de Servicio al Cliente
- Entregue a su médico una copia del formulario del plan
- Si el medicamento nuevo no está en el formulario del plan
 - Puede solicitar una excepción al plan
 - Puede tener que pagar el precio total si el plan aún no lo cubre

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

33

Los planes cambian sus listas de medicamentos y los precios. Llame al centro de servicio al cliente de su plan o busque en el sitio web de su plan para encontrar la lista de medicamentos y precios de Medicare más actualizada.

Su médico u otro recetador autorizado pueden necesitar cambiar su receta o recetar un nuevo medicamento. Si su médico receta en forma electrónica, puede controlar qué medicamentos cubre su plan de medicinas a través de su sistema de recetas electrónicas. Si su médico no emite recetas electrónicas, entréguele una copia de la lista de medicamentos actual de su plan Medicare para medicinas (formulario).

Si su médico necesita recetarle un medicamento que no está en la lista de medicamentos actual de su plan Medicare para medicinas y usted no tiene ningún otro seguro de salud que cubra medicamentos para pacientes ambulatorios, usted o su médico pueden pedir una excepción al plan.

Si su plan sigue sin cubrir un medicamento específico que usted necesita, puede apelar. Si desea conseguir el medicamento antes de que se decida la apelación, puede pagar la receta de su bolsillo. Conserve el recibo y entregue una copia a la persona que decide su apelación. Si gana la apelación, el plan le reintegrará el dinero.

Control de la Terapia de Medicación

- Un farmacéutico u otro profesional de la salud realiza una revisión integral de todos sus medicamentos y habla con usted sobre
 - Cómo obtener el máximo provecho de los medicamentos que toma
 - Todas las dudas que tenga, como los costos de la medicación y las reacciones medicamentosas
 - Cómo tomar mejor su medicación
 - Todas las preguntas o problemas que pueda tener sobre su receta y medicamentos de venta libre
- Su plan de medicinas puede inscribirlo si reúne todas estas condiciones:
 1. Tiene más de una condición crónica de salud
 2. Toma diferentes medicaciones
 3. Su medicación tiene un costo combinado de más de \$3,017 al año

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

34

Si está en un plan Medicare para medicinas y toma medicación para diferentes condiciones médicas, puede ser elegible para obtener los servicios, sin costo para usted, del programa de Control de Terapia de Medicamentos. Este programa ayuda a usted y su médico a asegurarse de que su medicación esté funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud realiza una revisión integral de todos sus medicamentos y conversa con usted sobre la manera en que puede sacar el máximo provecho de los medicamentos que toma; las inquietudes que usted tiene, por ejemplo, los costos de la medicación y las reacciones medicamentosas; la mejor manera de tomar su medicación y cualquier otra duda o problema que pueda tener acerca de su medicación con receta y de venta libre.

Recibirá un resumen escrito de esa conversación, incluyendo un plan de acción que recomienda lo que puede hacer para usar mejor la medicación, con espacio para tomar notas o anotar preguntas de seguimiento. También obtendrá un listado personal de medicamentos que incluyen toda la medicación que está tomando y el motivo por el que la toma.

Su plan de medicinas puede inscribirlo en este programa si reúne todas estas condiciones:

1. Tiene más de una condición crónica de salud (por ej., hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes, dislipidemia, enfermedad respiratoria (por ej., asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] o trastornos pulmonares crónicos; osteopatías o artritis (por ej., osteoporosis, artrosis o artritis reumatoide); o alguna condición de salud mental (por ej., depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar o trastornos crónicos e incapacitantes).
2. Toma diferentes medicaciones.
3. Su medicación tiene un costo combinado de más de \$3,017 al año. Este monto en dólares (que puede variar de un año a otro) se estima en función de sus costos de bolsillo y de los costos que su plan realiza para las medicaciones de cada año calendario. Su plan puede ayudarle a averiguar si puede alcanzar este límite en dólares.

Si desea más información, visite [CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter7.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter7.pdf), Sección 30.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 5

Los recetadores autorizados deben

_____ o _____ para recetar
medicinas de la Parte D a partir del 1
de diciembre de 2015.

- a. Inscribirse en Medicare y mantenerse con buena reputación
- b. Inscribirse en Medicaid y mantenerse con buena reputación
- c. Excluirse voluntariamente de Medicare
- d. a y c

1/mayo/2014

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

35

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 5

Los recetadores autorizados deben _____ o _____ para recetar
medicinas de la Parte D a partir del 1 de diciembre de 2015.

- a. Inscribirse en Medicare y mantenerse con buena reputación
- b. Inscribirse en Medicaid y mantenerse con buena reputación
- c. Excluirse voluntariamente de Medicare
- d. a y c

RESPUESTA: d. a y c. Los recetadores autorizados deben estar inscritos en Medicare y con buena reputación, o deben tener una declaración jurada de exclusión optativa válida archivada con un Contratista Administrativo de Medicare (MAC) A/B para que su receta esté cubierta por Medicare a partir del 1 de diciembre de 2015.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 6

¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es una condición para que un plan de la Parte D lo inscriba en Control de Terapia de Medicamentos?

- a. Tiene más de una condición crónica de salud
- b. Vive solo
- c. Toma diferentes medicaciones
- d. Su medicación tiene un costo combinado de más de \$3,017 al año

1/mayo/2014

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

36

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 6

¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es una condición para que un plan de la Parte D lo inscriba en Control de Terapia de Medicamentos?

- 1. Tiene más de una condición crónica de salud
- 2. Vive solo
- 3. Toma diferentes medicaciones
- 4. Su medicación tiene un costo combinado de más de \$3,017 al año

RESPUESTA: b. Vive solo. No es necesario que viva solo para reunir los requisitos para que su plan de medicinas lo inscriba en el Control de Terapia de Medicamentos.

Lección 4 — Elegibilidad e inscripción en la Parte D

- Requisitos de elegibilidad
- Cuándo se puede inscribir o cambiar de plan
- Cobertura válida
- Penalidad de inscripción tardía

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

37

La Lección 4, "Elegibilidad e inscripción en la Parte D" ofrece información sobre lo siguiente:

- Requisitos de elegibilidad
- Cuándo se puede inscribir o cambiar de plan
- Cobertura válida
- Penalidad de inscripción tardía

Requisitos de elegibilidad en la Parte D

- Debe tener Medicare Parte A y/o Parte B para inscribirse en un Plan Medicare para Recetas Médicas
- Debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicinas
- Debe tener Medicare Parte A y Parte B o solo Parte B para inscribirse en un Plan de costos Medicare con cobertura de la Parte D
- Debe vivir en el área de servicios del plan
 - No puede estar en la cárcel
 - No puede ser una persona ilegal en los Estados Unidos
 - No puede vivir fuera de los Estados Unidos
- Debe inscribirse en un plan para obtener cobertura

Vigencia desde
1/1/2016

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

38

Para inscribirse en un Plan Medicare para Recetas Médicas, debe tener Medicare Parte A y/o Parte B. Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage con cobertura de recetas médicas, debe tener tanto Medicare Parte A como Parte B. Para inscribirse en un plan de costos Medicare con cobertura de recetas médicas debe tener Medicare Parte A y Parte B o Medicare Parte B solamente.

Cada plan tiene su propia área de servicio, en la que usted debe vivir para poder inscribirse. Se pueden inscribir las personas de los territorios de Estados Unidos, entre ellos Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Si usted vive fuera de los Estados Unidos y sus territorios, si está en la cárcel, no es elegible para inscribirse en un plan y, por tanto, no podrá gozar de la cobertura de la Parte D. A partir del 1 de enero de 2016, debe estar legalmente presente en los Estados Unidos si desea ser elegible para inscribirse en un plan.

La cobertura Medicare para medicinas no es automática. La mayoría de las personas deben inscribirse en un plan para obtener cobertura. Así que si bien todas las personas con Medicare pueden tener este tipo de cobertura, debe realizar algunas acciones para obtenerla. Si usted califica para Ayuda Adicional con el pago de sus recetas médicas, Medicare lo inscribirá en un plan Medicare para medicinas a menos que decline la cobertura o se inscriba usted mismo en el plan. Solo puede ser miembro de un plan Medicare para medicinas por vez.

Cobertura de Medicinas Válida

- Cobertura de recetas médicas actual o anterior
 - Por ejemplo, planes de salud grupales del empleador, planes para jubilados, Asuntos de Veteranos, TRICARE, Servicio de Salud Indígena y Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales
- Válida si paga, en promedio, lo mismo que la cobertura estándar de medicinas de Medicare
- El plan informa anualmente si es válida
- Con la cobertura válida es posible que no deba pagar la penalidad de inscripción tardía

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

39

La cobertura válida para recetas médicas podría incluir cobertura de medicinas de un sindicato o de un empleador anterior, TRICARE, Asuntos de Veteranos, Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales o Servicio de Salud Indígena. Si tiene otra cobertura de recetas médicas, obtendrá información todos los años por parte de su plan que le dice si se prevé que el plan pague, como mínimo y en promedio, lo mismo que la cobertura estándar para recetas médicas de Medicare. Llamamos a esto "cobertura válida". Su plan puede enviarle esta información en una carta o incluirla en su boletín informativo. Conserve esta información porque es posible que la necesite si se inscribe más tarde en un plan Medicare para medicinas.

Si posee este tipo de cobertura cuando resulta elegible para Medicare, en general, puede mantener esa cobertura y no tendrá que pagar ninguna penalidad si decide inscribirse más tarde en un plan Medicare para medicinas, siempre que se inscriba dentro de los 63 días posteriores a que finalice su otra cobertura de medicinas.

AVISO: La mayoría de las pólizas de Medigap (asegurador suplementario de Medicare) que tienen cobertura de medicinas no reúnen los estándares mínimos de Medicare (no es válido). Si tiene una póliza de Medigap que cubre medicamentos, puede conservar su póliza, pero es posible que deba pagar una penalidad si se demora para inscribirse en un plan Medicare para medicinas. Si decide inscribirse en un plan Medicare para medicinas, tendrá que informarle a su asegurador de Medigap cuándo comienza su cobertura, de modo que su asegurador pueda retirar la cobertura de recetas médicas de su póliza de Medigap.

Período de Inscripción Inicial (IEP)

- Cuando resulta elegible por primera vez para recibir Medicare
 - IEP de 7 meses para la Parte D

Si se inscribe	Comienzo de cobertura
Durante los 3 meses <u>anteriores</u> a cumplir 65	Datos elegibles para Medicare
Durante el mes en que cumple 65	El primer día del mes siguiente
Durante los 3 meses <u>posteriores</u> a cumplir 65	El primer día del mes siguiente al mes en que presenta la solicitud

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

40

Cuando resulta elegible por primera vez para Medicare, cuenta con un Período de Inscripción Inicial (IEP) de 7 meses para la Parte D:

- Tres meses antes de su mes de elegibilidad para Medicare ya puede inscribirse. La cobertura comenzará el día que resulte elegible para Medicare.
- Si solicita la inscripción durante su mes de elegibilidad, su cobertura Medicare para medicinas comienza el primer día del siguiente mes.
- Puede solicitarla durante los 3 meses posteriores a su mes de elegibilidad y la cobertura comenzará el primer día del mes posterior al mes en que solicita la inscripción.

Algunos grupos de personas que resultan elegibles para Medicare quedarán inscritos por CMS en un plan Medicare para medicinas, a menos que se inscriban en un plan por sí solos. Analizaremos a estos grupos en la Lección 5.

AVISO: Si recibe Seguro Social o los beneficios de Retiro Ferroviario cuando cumple 65, quedará inscrito automáticamente en Medicare Parte A y Parte B. No obstante, seguirá necesitando elegir e inscribirse en un plan de la Parte D durante su IEP si desea tener cobertura Medicare para medicinas. Si se inscribe más tarde, es posible que pague una penalidad.

Cuándo se puede inscribir o cambiar de plan

- El Período de Inscripción Abierta de Medicare es del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año, la cobertura comienza el 1 de enero
- Puede abandonar el plan Medicare Advantage y cambiarse a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero de cada año
 - Tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse además en un plan de la Parte D
- Si no tiene cobertura de Medicare Parte A y se inscribe en la Parte B durante el Período de Inscripción General (1 de enero al 31 de marzo), puede postularse para un Plan Medicare de Recetas Médicas desde el 1 de abril hasta el 30 de junio cada año

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

41

- El Período de Inscripción Abierta de Medicare se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre cada año con cambios que entran en vigencia el 1 de enero
- 1 de enero al 14 de febrero
 - Si está en un Plan Medicare Advantage, puede abandonar su plan y cambiarse a Medicare Original. Si cambia, tiene plazo hasta el 14 de febrero para inscribirse también en un plan Medicare para medicinas y agregar la cobertura de medicamentos. La cobertura empieza el primer día del mes posterior al momento en que el plan recibe el formulario de inscripción.
- 1 de abril al 30 de junio (limitado)
 - Si no tiene cobertura de Medicare Parte A y se inscribe en la Parte B durante el Período de Inscripción General de la Parte B (1 de enero al 31 de marzo), puede postularse para un Plan Medicare para Recetas Médicas desde el 1 de abril hasta el 30 de junio cada año. Su cobertura comienza el 1 de julio.

Período de Inscripción Especial (SEP)

- Los cambios de vida que justifican un SEP incluyen
 - Mudanza permanente fuera del área de servicios de su plan
 - Pérdida de otra cobertura válida de recetas
 - No se le informó correctamente que su otra cobertura no era válida o que su otra cobertura se había restringido y había dejado de ser válida
 - Ingreso, permanencia o egreso de un centro de cuidado a largo plazo
 - Usted cuenta con un SEP permanente si califica para ayuda adicional
 - Pertenecer a un Programa Estatal de Ayuda para Farmacias
 - Inscripción o cambio de plan con una calificación de 5 estrellas
 - Otras circunstancias excepcionales

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

42

Puede hacer cambios a su cobertura Medicare para recetas médicas cuando suceden ciertos acontecimientos en su vida. Estas posibilidades de hacer cambios se llaman Períodos de Inscripción Especial (SEP). Cada SEP tiene normas diferentes sobre cuándo realizar cambios y el tipo de cambio que se puede hacer. Estas posibilidades de hacer cambios se suman a los períodos de inscripción habitual que se producen todos los años. Los SEP enumerados a continuación son ejemplos. La lista no incluye todas las situaciones:

- Si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicios de su plan
- Si pierde su otra cobertura válida de recetas médicas
- Si no se le informó correctamente que su otra cobertura no era válida o que su otra cobertura se había restringido y había dejado de ser válida
- Si ingresa, permanece o abandona un centro de cuidado a largo plazo
- Si califica para Ayuda Adicional, tiene un SEP continuo y puede cambiar su plan Medicare para medicinas en cualquier momento
- Si pertenece a un Programa Estatal de Ayuda para Farmacias
- Si se inscribe o cambia a un plan con una calificación de 5 estrellas
- Otras circunstancias excepcionales, como el hecho de que no califique más para Ayuda Adicional

AVISO: Es importante recordar que los SEP de la Parte B y la Parte D tienen plazos diferentes para el momento en que es necesario postularse para cobertura. Puede ser elegible para un SEP de Medicare Parte B si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge) siguen trabajando y poseen un seguro de salud a través de empleo activo. El SEP de la Parte B dura 8 meses y comienza el mes después de finalizado su empleo. No obstante, su SEP de la Parte D dura solamente 2 meses completos después de que finaliza su cobertura.

Las opciones de SEP aparecerán si usted se inscribe a través de la Búsqueda de Planes Medicare en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov). Al controlar cualquiera de los SEP listados, está certificando que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si en un momento posterior, se determina que esta información era incorrecta, puede ser desafiliado del plan.



Período de Inscripción Especial (SEP) 5 estrellas

- Use la Búsqueda de Planes Medicare en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para ver la calidad y calificaciones de rendimiento
- Las calificaciones de estrellas se otorgan una vez al año y se asignan en octubre del año anterior
- Use un SEP de 5 estrellas para cambiar a cualquier plan de 5 estrellas una sola vez
 - Del 8 de diciembre al 30 de noviembre del siguiente año
 - La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la inscripción
 - Tenga cuidado de no cambiar de un Plan Medicare Advantage (MA) con cobertura para medicinas a un Plan MA **sin** cobertura de la Parte D

MedicareBlue Rx Value Plus (PDP) (S5743-007-0) ★				
Organization: MedicareBlue Rx				
Estimated Annual Drug Costs:[?]	Monthly Premium:[?]	Deductibles:[?] and Drug Copay:[?] / Coinsurance:[?]	Drug Coverage [?], Drug Restrictions[?] and Other Programs:	Overall Star Rating:[?]
Retail Annual: \$1,546 Mail Order Annual: N/A	\$31.80	Annual Drug Deductible: \$160 Drug Copay/ Coinsurance: \$0 - \$35, 29% - 50%	All Your Drugs on Formulary: No Drug Restrictions: No Lower Your Drug Costs MTM Program[?]: Yes	★ This plan got Medicare's highest rating (5 stars)
				Enroll

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

43

A los planes se les asigna su calificación de estrellas una vez al año, en octubre. No obstante, el plan no obtiene esta calificación hasta el siguiente 1 de enero. Si desea encontrar información, visite la Búsqueda de Planes Medicare en [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan). Busque la Calificación General del Plan para identificar planes de 5 estrellas a los que usted se puede trasladar durante este Período de Inscripción Especial (SEP). El folleto "Medicare y usted" no cuenta con todas las calificaciones actualizadas para este SEP.

Medicare usa la información de las encuestas de satisfacción, los planes y los proveedores de servicios de salud para otorgar calificaciones generales de estrellas a los planes. Los planes obtienen calificaciones de 1 a 5 estrellas. Una calificación de 5 estrellas es considerada excelente.

En cualquier momento del año, usted puede usar el SEP de 5 estrellas para inscribirse en un único plan Medicare Advantage (MA) de 5 estrellas, en un plan MA con Recetas Médicas (MA-PD) de 5 estrellas, en un Plan Medicare para Recetas Médicas (PDP) de 5 estrellas o en un Plan de Costos de 5 estrellas, siempre que cumpla los requisitos de inscripción al plan (por ejemplo, vivir dentro del área de servicios). Si actualmente está inscrito en un plan con una calificación general de 5 estrellas, puede usar este SEP para cambiar a otro plan con la misma calificación.

CMS también creó un SEP coordinador para los planes de medicamentos recetados. Este SEP les permite a las personas que se inscriben en ciertos tipos de planes de 5 estrellas sin cobertura de medicamentos elegir un PDP, si esa combinación está permitida por las normas de CMS. Puede usar el SEP de 5 estrellas para cambiar de plan una vez entre el 8 de diciembre y el 30 de noviembre del siguiente año. Una vez inscrito en un plan de 5 estrellas, su SEP para ese año finaliza y se le permitirá realizar cambios únicamente durante otros períodos de inscripción adecuados. Su inscripción comienza el primer día del mes siguiente al mes en que su plan recibe su solicitud de inscripción.

Si desea más información, consulte "Ayuda laboral para el período de inscripción de 5 estrellas" en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2014-5-Star-Plan-Ratings-Overview-Job-Aid.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2014-5-Star-Plan-Ratings-Overview-Job-Aid.pdf).

AVISO: Puede que pierda cobertura de recetas médicas si usa este SEP para trasladarse de un plan que tiene cobertura de medicinas a un plan que no tiene cobertura de medicinas. Deberá esperar hasta el siguiente período de inscripción aplicable para obtener cobertura de medicinas y es posible que tenga que pagar una penalidad.

Plan de bajo rendimiento

- Estado de calificación de estrellas con bajo rendimiento
 - Puede tener la opción de trasladarse por única vez a otro plan de medicamentos de Medicare con una calificación de 3, 4 o 5 estrellas si la calificación de su plan fuera menor a 3 estrellas en un período de 3 años
 - El ícono de bajo rendimiento (LPI) aparece en la búsqueda de planes 
 - Los planes pueden no querer desacreditar su estado de LPI mostrando una calificación separada más alta

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

44

Un contrato que obtiene menos de 3 estrellas en su resumen de calificaciones de su Parte C o D durante un período mínimo de 3 años (es decir, una calificación de 2.5 o menos estrellas para los planes de los años 2013, 2014 y 2015 en su Parte C o D) mostrará la marca del ícono anterior en la Búsqueda de Planes Medicare. Medicare envía la "Información importante sobre sus opciones de planes de Medicare", el número 11633 de producto de CMS, a los miembros de estos planes y les da la opción por única vez de trasladarse a otro plan de medicamentos de Medicare con una calificación de 3 estrellas o más. Visite http://www.cms.gov/Medicare/Eligibility-and-Enrollment/MedicareMangCareEligEnrol/Downloads/Feb2015_LPI_Notice_CMS-11633.pdf si desea ver la notificación en inglés y español.

El resumen de calificaciones ofrece un puntaje general sobre la calidad y el rendimiento del plan de medicamentos y muchos temas diferentes que caen en 4 categorías:

1. **Servicio al cliente del plan de medicinas**—Incluye la manera en que el plan gestiona las apelaciones de los miembros.
2. **Las quejas de los miembros y los cambios en el rendimiento del plan de medicinas** — Incluye la frecuencia con la que Medicare encuentra problemas con el plan y con la que los miembros observan problemas con el plan. Incluye cuánto mejoró el rendimiento (si se produjo) del plan con el tiempo.
3. **Experiencia de los miembros con los servicios de medicinas del plan** — Incluye calificaciones de satisfacción del miembro con el plan.
4. **Seguridad de los medicamentos y precisión en los precios de los medicamentos** — Incluye el grado de precisión de la información sobre los precios del plan y la frecuencia con la que se recetan medicamentos a los miembros con ciertas condiciones médicas de manera que se considera segura y clínicamente recomendada para su condición.

Esta información se toma de varias fuentes diferentes. En algunos casos se basa en encuestas a los miembros. En otros, se basa en revisiones de facturación o en otro tipo de información que el plan envía a Medicare como resultado de las actividades habituales de monitoreo de Medicare.

Penalidad de inscripción tardía en la Parte D

- Prima más elevada si demora para inscribirse
 - Excepciones si usted tiene
 - Cobertura válida
 - Ayuda Adicional
- Penalidad de pago mientras tenga cobertura
 - 1% de la prima básica de beneficiario (\$33.13 en 2015)
 - Por cada mes elegible completo y sin inscripción
 - El monto cambia de un año a otro

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

45

Si elige no inscribirse en el plan Medicare para medicinas en la primera oportunidad, es posible que deba pagar una prima mensual más alta (penalidad) por inscribirse más tarde. Si posee cobertura válida cuando resulta elegible por primera vez para Medicare, en general puede mantener esa cobertura y no tendrá que pagar ninguna penalidad si decide inscribirse más tarde en un plan Medicare para medicinas, siempre que se inscriba dentro de los 63 días posteriores a la finalización de su otra cobertura de medicinas. Además, no tendrá que pagar una prima más alta si obtiene Ayuda Adicional con el pago de sus recetas médicas. Hablaremos sobre Ayuda Adicional en la Lección 5, a partir de la diapositiva 47.

La penalidad por inscripción tardía se calcula multiplicando la tasa del 1% de penalidad por la prima básica nacional del beneficiario (\$33.13 en 2015) por la cantidad de meses completos sin cobertura en los que usted era elegible para inscribirse en el plan Medicare para medicinas pero no lo hizo y tampoco tuvo otra cobertura de recetas médicas válida. El cálculo de las penalidades no está basado en la prima del plan en el que usted está inscrito. El monto final se redondea al \$0.10 más cercano y se agrega a su prima mensual. La prima nacional básica del beneficiario puede subir todos los años, de modo que el monto de la penalidad también puede subir una vez por año. Es posible que deba pagar esta penalidad durante todo el tiempo que posea el plan Medicare para medicinas.

Después de inscribirse en el plan Medicare para medicinas, el plan le dirá si adeuda alguna penalidad y cuál será su prima. Es posible que deba pagar esta penalidad durante todo el tiempo que posea el plan Medicare para medicinas. Si no está de acuerdo con su penalidad de inscripción tardía, es posible que deba pedirle a Medicare una revisión o reconsideración. Será necesario llenar un formulario de reconsideración (que le enviará su plan) y tendrá la oportunidad de proporcionar pruebas que respalden su caso.

Ejemplo de penalidad de la Parte D

Ann no se inscribió la primera vez que resultó elegible, para junio de 2012, y no tiene cobertura de medicamentos de ninguna índole. Se inscribió en el plan Medicare para medicinas durante el Período de Inscripción Abierta 2014. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2015.

Estuvo sin cobertura válida para recetas médicas desde julio de 2012 hasta diciembre de 2014. Su penalidad en 2015 es del 30% (1% por cada uno de los 30 meses) de \$33.13 (la prima nacional básica de beneficiario para 2015), que es de \$9.93. La penalidad mensual se redondea al \$0.10 más cercano, de modo que se le cobrará \$9.90 mensual además de la prima mensual de su plan en 2015.

Esta es la cuenta:

0.30 (penalidad de 30%) × **\$33.13** (prima básica de beneficiario 2015) = **\$9.93**

\$9.93 (redondeado al \$0.10 más cercano) = **\$9.90**

\$9.90 = penalidad de inscripción tardía mensual de Ann para 2015

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

46

Ann no se inscribió la primera vez que resultó elegible, para junio de 2012. Ella no tiene cobertura de medicamentos de ninguna índole. Se inscribió en el plan Medicare para medicinas durante el Período de Inscripción Abierta 2014. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2015.

Estuvo sin cobertura válida para recetas médicas desde julio de 2012 hasta diciembre de 2014. Su penalidad en 2015 es del 30% (1% por cada uno de los 30 meses) de \$33.13 (la prima nacional básica de beneficiario para 2015), que es de \$9.93. La penalidad mensual se redondea al \$0.10 más cercano, de modo que se le cobrará \$9.90 mensual además de la prima mensual de su plan en 2015.

Esta es la cuenta:

0.30 (penalidad de 30%) × **\$33.13** (prima básica de beneficiario 2015) = **\$9.93**

\$9.93 (redondeado al \$0.10 más cercano) = **\$9.90**

\$9.90 = penalidad de inscripción tardía mensual de Ann para 2015

Después de que ella se inscriba en el plan Medicare para medicinas, el plan le dirá si adeuda alguna penalidad y cuál será su prima. Es posible que deba pagar esta penalidad durante todo el tiempo que posea el plan Medicare para medicinas. Si tuviera que pagar una penalidad de inscripción tardía de la Parte D antes de cumplir 65, quedaría eximida de la penalidad cuando cumpla 65.

La prima básica del beneficiario cambia todos los años. Esto significa que todos los años Medicare usará el monto anual de cobertura actual para calcular el monto de una nueva penalidad de la persona. Si resulta elegible para Ayuda Adicional, nunca más deberá pagar la penalidad.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 7

Los acontecimientos de vida que ameritan un Período de Inscripción Especial **no** incluyen

- a. Mudanza permanente fuera del área de servicios de su plan
- b. Pérdida de otra cobertura válida de recetas
- c. No se le informó correctamente que su otra cobertura no era válida o que su otra cobertura se había restringido y había dejado de ser válida
- d. Ingreso, permanencia o egreso de un hospicio

1/mayo/2014

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

47

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 7

Los acontecimientos de vida que permiten un Período de Inscripción Especial (SEP) **no** incluyen

- a. Mudanza permanente fuera del área de servicios de su plan
- b. Pérdida de otra cobertura válida de recetas
- c. No se le informó correctamente que su otra cobertura no era válida o que su otra cobertura se había restringido y había dejado de ser válida
- d. Ingreso, permanencia o egreso de un hospicio

RESPUESTA: d. Si ingresa, vive o abandona un centro de cuidado a largo plazo, es posible que califique para un SEP. Esto no se aplica a un hospicio.

Lección 5 — Ayuda Adicional con Costos de Medicinas de la Parte D

- ¿Qué es Ayuda Adicional?
- Cómo reunir los requisitos
- Inscripción
- Elegibilidad continua

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

48

La Lección 5, "Ayuda Adicional con Costos de Medicinas de la Parte D" ofrece información sobre lo siguiente:

- Qué es
- Cómo reunir los requisitos (límites de ingresos y recursos)
- Inscripción
- Elegibilidad continua

¿Qué es Ayuda Adicional?

- Programa destinado a ayudar a las personas a pagar costos de recetas médicas de Medicare
 - También se llama subsidio de bajos ingresos
- Para las personas con ingresos y recursos limitados
 - Ingresos y recursos más bajos
 - No paga primas ni deducibles y los copagos son pequeños o no hay
 - Ingresos y recursos levemente superiores
 - Paga un deducible reducido y un poco más de bolsillo
- Si cumple los requisitos no hay período sin cobertura ni penalidad por inscripción tardía
- Período Especial de Inscripción continuo

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

49

Obtener "Ayuda Adicional" significa que Medicare le ayuda a pagar una prima mensual para la cobertura de recetas médicas de Medicare, cualquier deducible anual, coseguro y copagos. Si tiene ingresos y recursos limitados, puede obtener Ayuda Adicional para pagar sus costos de recetas médicas de Medicare. La Ayuda Adicional también se llama subsidio por bajos ingresos.

Si tiene ingresos y recursos más bajos, no paga primas ni deducibles y tiene copagos pequeños o ninguno. Si tiene ingresos y recursos levemente superiores, tendrá un deducible reducido y paga un poco más de bolsillo.

Si cumple los requisitos para Ayuda Adicional, no tendrá período sin cobertura ni penalidad por inscripción tardía. También tiene un Período Especial de Inscripción y puede cambiar de plan en cualquier momento; el nuevo plan entra en vigencia el primer día del mes siguiente.

Si desea hallar su nivel de Ayuda Adicional, visite [Medicare.gov/your-medicare-costs/help-paying-costs/extra-help/level-of-extra-help.html](https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/help-paying-costs/extra-help/level-of-extra-help.html).

AVISO: Los residentes de los territorios de EE. UU. no son elegibles para Ayuda Adicional. Cada territorio ayuda a sus propios residentes con los costos de Medicare para medicinas. Esta ayuda suele ser para residentes que cumplen los requisitos y están inscritos en Medicaid. Esta asistencia no es la misma que la de Asistencia Adicional.

Asistencia Adicional 2015

Ingresos y recursos limitados

- Límites de ingresos
 - Por debajo de 150% del nivel federal de pobreza
 - \$1,471.25* por mes por una persona o \$1,991.25* por mes por una familia de 2
 - En función del tamaño de la familia
- Límites de recursos
 - Hasta \$13,640* por persona sola o hasta \$27,250* por matrimonio
 - Incluye \$1,500/persona para gastos de funeral o entierro
 - Tiene en cuenta ahorros e inversiones
 - Bienes inmuebles (excepto su vivienda)

*Montos mayores para Alaska y Hawái

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

50

Puede conseguir Ayuda Adicional si tiene Medicare, sus ingresos son inferiores al 150% del nivel federal de pobreza (FPL) y recursos limitados. Puede reunir los requisitos para Ayuda Adicional si sus ingresos y recursos están por debajo de los límites que figuran en la diapositiva para 2015. Si su estado civil es casado y vive con su cónyuge, se computan ambos ingresos y recursos, incluso si solo uno de ustedes solicita la Ayuda Adicional. Si su estado civil es casado y no vive con su cónyuge cuando envía la solicitud, sólo se cuentan sus ingresos y recursos. Los ingresos se comparan con el FPL para una persona sola o para una persona casada, según corresponda. Si usted y/o su cónyuge tienen parientes a cargo que viven con ustedes y dependen de ustedes en por lo menos la mitad de su sustento también se tiene en cuenta. Esto significa que un abuelo que cría a sus nietos puede reunir los requisitos, pero la misma persona podría no reunirlos como individuo que vive solo.

Se usan sólo 2 tipos de recursos para ver si es elegible para Ayuda Adicional:

- Recursos líquidos (como cuentas de ahorro, acciones, bonos y otros activos que se pueden convertir a dinero en efectivo dentro de los 20 días)
- Bienes inmuebles, sin incluir su vivienda ni el terreno donde está ubicado su hogar

Artículos como anillos de boda y reliquias familiares no se tienen en cuenta para cumplir con los requisitos para Ayuda Adicional.

AVISO: Los niveles de ingresos y recursos enumerados son para 2015 y pueden aumentar todos los años. Los niveles de ingresos son superiores si usted vive en Alaska o Hawái, o si usted o su cónyuge pagan por lo menos la mitad de los gastos diarios de miembros de la familia que están a cargo y viven con ustedes, o si usted trabaja. Los límites de recursos actualizados para el siguiente año calendario suelen publicarse en otoño del año anterior. Los límites de recursos actualizados para el año calendario en curso suelen publicarse en febrero del mismo año.

Reunir los requisitos para Ayuda Adicional

- Automáticamente reúne los requisitos para Ayuda Adicional si recibe
 - Cobertura completa de Medicaid
 - Seguridad de Ingreso Suplementario
 - Ayuda de Medicaid para pagar su prima de la Parte B (Programa de Ahorros de Medicare)
- Todos los demás deben presentar la solicitud
 - En línea a [socialsecurity.gov/medicare/prescriptionhelp/](https://www.socialsecurity.gov/medicare/prescriptionhelp/)
 - Llame a Seguro Social (SSA) al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)
 - Pida la "Solicitud para ayuda con los costos de recetas médicas de Medicare" (SSA-1020)
 - Contacte a su agencia estatal de Medicaid

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

51

Automáticamente reúne los requisitos para Ayuda Adicional (y no necesita presentar la solicitud) si tiene Medicare y recibe cobertura total de Medicaid, beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o ayuda de Medicaid para pagar sus primas Medicare Parte B (Programa de Ahorros de Medicare [MSP])

Si no reúne alguna de estas condiciones, igual puede reunir los requisitos para Ayuda Adicional, pero es necesario que presente la solicitud. Si cree que sí reúne los requisitos pero no está seguro, también debe presentar la solicitud. Puede presentar la solicitud para Ayuda Adicional y si se le deniega, puede volver a presentarla si sus circunstancias cambian. La elegibilidad para Ayuda Adicional puede determinarse por Seguro Social o a través de su agencia estatal de Medicaid.

Puede solicitar Ayuda Adicional

- Completando una solicitud en papel que le pueden entregar si llama a Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.
- Solicitar en línea en [socialsecurity.gov/medicare/prescriptionhelp/](https://www.socialsecurity.gov/medicare/prescriptionhelp/)
- Presente su solicitud a través de su agencia estatal de Medicaid
- Trabajar con una organización local, como el Programa de Asistencia Estatal para el Seguro de Salud.

Puede presentar la solicitud en su nombre o alguien con su autorización para actuar en su nombre puede presentar su solicitud (por ejemplo mediante Poder Legal) o puede pedirle a otra persona que lo ayude a presentar la solicitud.

Si cumple los requisitos para Ayuda Adicional, Seguro Social transmitirá los datos de su solicitud a su agencia estatal de Medicaid para iniciar una solicitud para MSP, que puede ayudarlo también a pagar sus primas de Medicare

Inscripción automática y facilitada

Personas con Medicare y...	Base para cumplir los requisitos	Fuente de datos	Inscripción
Beneficios completos de Medicaid	Califican automáticamente	Agencia Estatal Medicaid	Inscripción automática en el plan para medicinas de la Parte D (salvo que ya esté en un plan de medicinas) - Carta en papel AMARILLO - La cobertura comienza el primer mes elegible para Medicare y Medicaid - Período Especial de Inscripción (SEP) continuo
Programa(s) de Ahorros Medicare	Califican automáticamente	Agencia Estatal Medicaid	Inscripción facilitada en el plan para medicinas de la Parte D - Carta en papel VERDE - La cobertura comienza 2 meses después de que CMS recibe notificación de su elegibilidad
Beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario	Califican automáticamente	Seguro Social (SSA)	
Ingresos y recursos limitados	Deben solicitar y reunir los requisitos	SSA (la mayoría) o agencia estatal Medicaid	SEP continuo

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

52

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) usan los datos estatales de Medicaid para identificar a personas con Medicare que tienen todos los beneficios de Medicaid y a personas que obtienen la ayuda de su programa estatal de Medicaid mediante el pago de sus primas de Medicare (en un Programa de Ahorros Medicare). CMS utiliza los datos de Seguro Social (SSA) para identificar personas que poseen Medicare y tienen derecho a recibir Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) pero no Medicaid, o que han solicitado y reunido los requisitos para Ayuda Adicional.

Cuando califique por primera vez para Ayuda Adicional, CMS lo inscribirá en un plan Medicare para medicinas si usted no se inscribe en el plan por sus propios medios para asegurarse la cobertura. Esto se aplica tanto si reúne los requisitos automáticamente como si solicita y reúne los requisitos para Ayuda Adicional.

Todos los meses, CMS identifica y procesa nuevas inscripciones automáticas y facilitadas. CMS elige planes al azar a partir de primas a un monto igual o menor que el subsidio de la prima regional para bajos ingresos, a fin de que usted no tenga que pagar una prima en caso de cumplir los requisitos para recibir Ayuda Adicional completa. Si cumple los requisitos para Ayuda Adicional parcial, pagará una prima reducida o ninguna prima.

Si tiene Medicare y beneficios completos de Medicaid y no elige inscribirse en un plan Medicare para medicinas por usted mismo, CMS lo inscribirá automáticamente en un plan que entra en vigencia el primer día en que tiene tanto Medicare como Medicaid. Obtendrá una notificación amarilla de autoinscripción con el nombre del plan que se le ha asignado.

Se asistirá a otras personas que califican para Ayuda Adicional para ingresar al plan Medicare de medicinas. La inscripción facilitada entra en vigencia 2 meses después de que CMS recibe la notificación de que usted es elegible. Recibirá una carta de inscripción facilitada sobre papel verde, en 1 de las 2 versiones: Ayuda Adicional completa o parcial (descrito en la diapositiva 53).

AVISO: Si desea obtener más información y una guía completa de los correos de CMS, SSA y de los planes, visite [CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/LimitedIncomeandResources/downloads/2014Mailings.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/LimitedIncomeandResources/downloads/2014Mailings.pdf).

Copagos de Ayuda Adicional 2015

Institucionalizado	\$0
Recibiendo Atención Comunitaria y en el Hogar	\$0
Máximo de 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)	\$1.20/\$3.60
Ayuda Adicional Completa: hasta 135% del FPL	\$2.65/\$6.60
Ayuda Adicional Parcial (Deducible/Costo Compartido)	\$66/15%

(Genérico/De marca)

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

53

Los montos de los copagos varían si califica para Ayuda Adicional en función de lo siguiente:

- Si vive en una institución o facilidad (como un asilo de ancianos) no paga coseguro.
- Si recibe Atención Comunitaria y en el Hogar, no paga copagos.
- Si su ingreso es superior al 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) paga \$1.20 por medicamentos genéricos (o medicamentos de marca tratados como genéricos) o \$3.60 por medicamentos de marca cubiertos.
- Si su ingreso está entre 100% y 135% del FPL paga \$2.65 por medicamentos genéricos (o medicamentos de marca tratados como genéricos) o \$6.60 por medicamentos de marca cubiertos.
- Si recibe Ayuda Adicional Parcial, paga un deducible de \$66 y 15% por cada medicamento cubierto.

Notificaciones de reasignación

- Personas reasignadas notificadas por CMS a principios de noviembre (papel AZUL)
 - Tres versiones de notificación
 - Personas cuyos planes abandonan el programa Medicare
 - Producto CMS No. 11208 (MA-PD)
 - Producto CMS No. 11443 (MA)
 - Personas cuyas primas están aumentando
 - Producto CMS No. 11209

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

54

En otoño, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) reasignarán a ciertas personas que cumplen los requisitos para recibir Ayuda Adicional para ingresar a nuevos planes Medicare para Recetas Médicas y poder asegurarse de seguir pagando una prima de \$0 por su cobertura de medicamentos. CMS reasignará a las personas que reciben Ayuda Adicional si su plan Medicare para medicinas o Medicare de salud abandona el programa Medicare a partir del 31 de diciembre de 2015. Estas personas serán reasignadas e ingresadas en un nuevo plan Medicare para medicinas independientemente de si se inscribieron en su plan actual por sí mismas o si Medicare las inscribió en un plan. Las personas afectadas a la reasignación recibirán una notificación en papel AZUL dentro del correo de CMS para principios de noviembre. Hay 3 versiones de la notificación. Dos versiones son para personas cuyos planes están abandonando el programa Medicare.

- Producto CMS No. 11208 — informa a las personas que cumplen los requisitos para Ayuda Adicional y cuyo Plan Medicare para Recetas Médicas (PDP) está abandonando el programa Medicare que se les reasignará un nuevo plan Medicare para medicinas si no se inscriben en un plan por sí solas antes del 31 de diciembre de 2015.
- Producto CMS No. 11443 — informa a las personas que cumplen los requisitos para Ayuda Adicional y cuyo Plan Medicare para Recetas Médicas (PDP) está abandonando el programa Medicare que se las inscribirá en un PDP Medicare si no se inscriben en un nuevo plan por sí solas antes del 31 de diciembre de 2015.

Una versión es para las personas cuyas primas aumentan por encima del monto del subsidio de la prima regional para bajos ingresos (Producto CMS No. 11209).

La notificación le avisa a las personas a qué plan se las reasignará, explica cómo permanecer en su actual plan Medicare para medicinas si está disponible y les hace saber cómo inscribirse en un nuevo plan. La notificación también incluye un listado de planes disponibles en la región por una prima de \$0 y sus números telefónicos. Si las personas que reciben notificación no indican si desean quedarse con su plan actual o inscribirse en un nuevo plan por sí solas antes del 31 de diciembre de 2015, Medicare les reasignará un nuevo plan con cobertura efectiva a partir del 1 de enero de 2016.

AVISO: Visite [CMS.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Downloads/11221-P.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Downloads/11221-P.pdf) para descargar la hoja de recomendaciones "Información que los socios pueden usar para la reasignación" (Producto CMS No. 11221-P).

Cambios en los requisitos para Ayuda Adicional

- Medicare vuelve a establecer la elegibilidad en otoño para el año siguiente
 - Si no sigue reuniendo los requisitos automáticamente
 - Medicare envía notificación de "Pérdida del estado aceptado" en septiembre (papel GRIS)
 - Incluye aplicación de Seguro Social para volver a presentar la solicitud
 - Si su estado cambia y automáticamente vuelve a cumplir los requisitos
 - Medicare envía notificación de "Estado aceptado" (papel VIOLETA)
 - Si automáticamente cumple los requisitos, pero su copago cambió
 - Medicare envía notificación de "Cambio en el copago de Ayuda Adicional" a principio de octubre (papel NARANJA)

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

55

En agosto, Medicare restablece elegibilidad de Ayuda Adicional para el siguiente año calendario si automáticamente usted cumple los requisitos. Su Ayuda Adicional continúa o cambia según si sigue siendo elegible para cobertura completa de Medicaid, obtiene ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare o recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Todos los cambios entran en vigencia a partir del siguiente mes de enero.

Si usted fue elegible automáticamente en determinado año, continúa cumpliendo los requisitos para recibir Ayuda Adicional hasta diciembre de ese mismo año. Si deja de ser elegible, su estado automático finaliza el 31 de diciembre de ese año. Si deja de cumplir automáticamente los requisitos para Ayuda Adicional, recibirá una carta de Medicare en papel gris con una solicitud para Ayuda Adicional del Seguro Social.

Cuando las personas que dejan de cumplir los requisitos automáticamente recuperan su elegibilidad para cobertura completa de Medicaid, un programa de Ahorros de Medicare o SSI, Medicare les envía una nueva carta por correo en un papel de color violeta y les informa que ya califican automáticamente para recibir Ayuda Adicional.

Además, usted puede continuar calificando automáticamente para Ayuda Adicional, pero su nivel de copago puede cambiar debido a algún traslado de una de las siguiente categorías a otra: está institucionalizado con Medicare y Medicaid, tiene cobertura de Medicare o completa de Medicaid, recibe ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare (pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare) o recibe los beneficios de SSI pero no de Medicaid. En esos casos, recibe una carta de Medicare en papel naranja que le indica el cambio en su nivel de copago para el siguiente año.

AVISO: [CMS.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/downloads/11232-P.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/downloads/11232-P.pdf) para descartar la hoja de recomendaciones "Cambios en los requisitos para Ayuda Adicional" (Producto CMS No. 11232-P).

Proceso de redeterminación

- Las personas que solicitan y reúnen los requisitos para Ayuda Adicional
 - Cuatro tipos de procesos de redeterminación
 1. Inicial
 2. Cíclico o recurrente
 3. Evento que cambia el subsidio (SCE)
 4. Otro tipo de evento (cambio que no es un SCE)

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

56

Estos son 4 tipos de procesos de redeterminación para personas con Ayuda Adicional:

1. Redeterminaciones iniciales — Para redeterminar la elegibilidad, el Seguro Social (SSA) selecciona un grupo de personas que son elegibles para Ayuda Adicional, pero su elegibilidad puede haberse modificado debido a un cambio en las circunstancias. Estas personas reciben un formulario de redeterminación por correo en septiembre. Deben completar y devolver el formulario dentro de los 30 días, incluso si nada ha cambiado o SSA puede finalizar su elegibilidad para obtener Ayuda Adicional, a partir del 1 de enero del año siguiente.
2. Redeterminaciones cíclicas o recurrentes — Todos los años, SSA también selecciona un grupo de personas al azar con Ayuda Adicional para redeterminar su elegibilidad para el año siguiente. Estas personas reciben un formulario de redeterminación por correo en septiembre. Deben completar y devolver el formulario dentro de los 30 días de recibido, incluso si nada ha cambiado o SSA puede finalizar su elegibilidad para obtener Ayuda Adicional, a partir del 1 de enero del año siguiente.
3. Evento que cambia el subsidio (SCE) — Las personas con Ayuda Adicional puede experimentar eventos que pueden cambiar la cantidad de Ayuda Adicional que pueden seguir recibiendo, por ejemplo, matrimonio, divorcio, separación, anulación o muerte del cónyuge. Se les solicita informar estos eventos a SSA y completar y entregar el formulario de redeterminación por SCE, caso contrario, podrían perder su elegibilidad para Ayuda Adicional. Toda modificación entrará en vigencia a partir del primer día del mes siguiente al mes en que se produjo el informe inicial sobre el cambio.
4. Otros eventos — La elegibilidad para Ayuda Adicional también puede ser redeterminada por SSA en función de otros cambios, además de los SCE, como una disminución reciente de los ingresos por recorte de horas de trabajo.

Programa de Transición para Personas Recién Elegibles (NET) y de Ingresos Limitados de Medicare

- Diseñado para eliminar períodos sin cobertura para individuos con bajos ingresos que cambian a una cobertura de la Parte D
- Proporciona cobertura temporaria de medicamentos si posee Ayuda Adicional y no tiene un plan Medicare para medicinas
- La cobertura puede ser inmediata, actual y/o retroactiva
- Programa Medicare NET con Ingreso Limitado
 - Tiene un formulario abierto
 - No necesita autorización previa
 - Incluye seguridad estándar y correcciones de abuso
 - Para protegerlo de renovaciones demasiado próximas o de duplicación de terapias
 - No hay restricciones de farmacias de la red
- Disponibilidad de Webinars de educación continua que entregan créditos
 - Gestionado por Humana

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

57

El Programa de Transición para Personas Recién Elegibles (NET) y de Ingresos Limitados de Medicare está diseñado para eliminar períodos sin cobertura en personas de bajos ingresos que se trasladan a la cobertura Medicare para recetas médicas. Humana, Inc., como contratista, ha estado operando el programa para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) desde 2010.

La inscripción en el programa NET para personas de ingresos limitados de Medicare es temporaria y finaliza una vez que la persona de bajos ingresos recibe cobertura del plan Medicare para medicinas. El programa brinda cobertura en el punto de venta a personas con Ayuda Adicional que no tienen un plan Medicare para medicinas. También entrega cobertura retroactiva a personas que tienen cobertura completa de Medicaid o reciben beneficios de Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI).

El programa NET para personas de ingresos limitados tiene un formulario abierto (medicinas cubiertas por la Parte D), no requiere autorización previa, incluye seguridad estándar y correcciones de abuso (como "renovación demasiado próxima" o duplicación de terapia") y no tiene restricciones de farmacias de la red. No obstante, CMS no puede exigir a una farmacia que use este programa.

Para ser elegible para usar el programa NET para personas de ingresos limitados de Medicare, debe cumplir con ciertos criterios:

- Tener un número de reclamación de seguro de salud válido, que se encuentra en su tarjeta Medicare
- Ser elegible para Medicare Parte D
- No estar inscrito en un plan de la Parte D
- No estar inscrito en un plan de subsidio de medicamentos para jubilados
- No estar inscrito en un plan de la Parte C que no permite una inscripción asociada en un plan de la Parte D
- No haberse excluido voluntariamente de la autoinscripción
- Tener una dirección permanente en los 50 estados del Distrito de Columbia

El equipo de asistencia con la Transición para personas Recién Elegibles (NET) y de ingresos limitados está gestionado por Humana, Inc. Proporciona capacitación en formato de Webinar en vivo para orientadores del Programa de Asistencia Estatal para el Seguro de Salud y proveedores de farmacia. Para programar un Webinar o recibir más información, envíe un correo electrónico a linetoutreach@humana.com. Visite humana.com/pharmacy/pharmacists/linet si desea obtener más información y documentos respaldatorios como el folleto NET para personas de ingresos limitados y 4 pasos para farmacéuticos.

¿Cómo se accede al Programa NET de Medicare para personas de ingresos limitados?

Autoinscripción a cargo de CMS

- CMS lo autoinscribe si usted tiene Medicare y recibe cobertura completa de Medicaid o beneficios del SSI.

Uso del Punto de Venta (POS)

- Puede usar el Programa NET de Medicare para personas de ingresos limitados en el mostrador de la farmacia (punto de venta).

Envío de un recibo

- Puede enviar recibos de farmacia (no solamente del cajero) para prescripciones que ya pagó de su bolsillo durante los períodos en que sea elegible.

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

58

Existen 3 maneras de acceder al programa de Transición para personas Recién Elegibles (NET) y de ingresos limitados de Medicare:

- **Autoinscripción a cargo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)** CMS lo autoinscribe en este programa si usted tiene Medicare y recibe cobertura completa de Medicaid o beneficios del Seguro de Ingresos Suplementarios (SSI). Usted no se inscribe automáticamente si recibe ayuda de la agencia estatal de Medicaid para pagar sus primas Medicare de la Parte B (en un Programa de Ahorros de Medicare [MSP]) o ha solicitado y reunido los requisitos para Ayuda Adicional. Si está autoinscrito por CMS, su cobertura del programa NET de Medicare para personas de ingresos limitados comienza la primera vez que tiene Medicare y recibe una cobertura completa de Medicaid o beneficios SSI, o durante el último mes no cubierto: lo que suceda más tarde.
- **Uso del Punto de Venta (POS).** Si obtiene Ayuda Adicional, puede usar el Programa NET de Medicare para personas de ingresos limitados en el mostrador de la farmacia (punto de venta). La participación de las farmacias es voluntaria.
- **Envío de un recibo.** Puede enviar recibos de farmacia (no solamente del cajero) para prescripciones que ya pagó de su bolsillo durante los períodos en que sea elegible para el Programa NET de Medicare para personas de ingresos limitados, P.O. Box 14310, Lexington, KY 40512-4310.

Si usa el programa NET de Medicare para personas de ingresos limitados mediante un POS (en el mostrador de la farmacia) o mediante la entrega de un recibo de farmacia, usted podrá

- Obtener una cobertura retroactiva de hasta 36 meses si tiene Medicare y recibe cobertura completa de Medicaid o beneficios SSI (o en una fecha tan lejana como el 1 de enero de 2006 si su determinación de Medicaid se remonta a ese punto temporal)
- Lograr hasta 30 días de cobertura actual si recibe ayuda de la agencia estatal de Medicaid para pagar sus primas Medicare de la Parte B (en un Programa de Ahorros de Medicare [MSP]) o ha solicitado y reunido los requisitos para Ayuda Adicional
- Obtener cobertura inmediata si muestra pruebas de Medicaid (como una tarjeta de ID de Medicaid o una copia de una carta de otorgamiento con fechas de entrada en vigencia) o elegibilidad para Ayuda Adicional con la farmacia en el POS, incluso si los sistemas de CMS no pueden confirmar su estado de elegibilidad

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 8

Automáticamente reúne los requisitos para Ayuda Adicional si recibe

- a. Cobertura completa de Medicaid
- b. Seguridad de Ingreso Suplementario
- c. Ayuda de Medicaid para pagar su prima de la Parte B (Programa de Ahorros de Medicare)
- d. Todas las anteriores

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

59

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 8

Automáticamente reúne los requisitos para Ayuda Adicional si recibe

- a. Cobertura completa de Medicaid
- b. Seguridad de Ingreso Suplementario
- c. Ayuda de Medicaid para pagar su prima de la Parte B (Programa de Ahorros de Medicare)
- d. Todas las anteriores

RESPUESTA: d. Todas las anteriores

Lección 6 — Comparación y selección de planes

- Cuestiones a considerar
- Pasos para elegir un plan Medicare para medicinas
- Qué esperar

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

60

La Lección 6, "Comparación y selección de planes", proporciona la siguiente información:

- Cuestiones a considerar
- Pasos para elegir un plan Medicare para medicinas
- Qué esperar

Cuestiones a considerar antes de inscribirse en un plan

- Preguntas importantes para formular
 - ¿Tiene alguna otra cobertura de seguro de salud en la actualidad?
 - ¿Hay alguna cobertura de recetas médicas que podría tener y que sea tan buena (válida) como la cobertura Medicare para medicinas?
 - ¿Cómo funciona su cobertura actual con Medicare?
 - ¿Inscribirse en un plan podría afectar su cobertura actual o la cobertura de algún miembro de su familia?

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

61

Existen varias cuestiones a considerar antes de inscribirse al plan Medicare de medicinas. La consideración más importante al decidir si la cobertura Medicare para medicinas es correcta para usted es ver el tipo de cobertura de seguro de salud que tiene actualmente y cómo afecta sus opciones.

Si tiene cobertura para recetas médicas, necesita descubrir si se trata de cobertura válida para medicamentos recetados. Su actual asegurador o proveedor del plan está obligado a notificarle todos los años si su cobertura es válida para medicamentos recetados. Si no ha recibido noticias de ellos, llámelos o comuníquese con su administrador de beneficios para conocer su situación. Además, es posible que considere conservar su cobertura válida de recetas médicas antes de elegir un plan Medicare para medicinas. Es importante averiguar de qué manera afecta la cobertura de Medicare a su actual plan de seguro de salud para asegurarnos de que ni usted ni los miembros de su familia pierdan la cobertura de un médico o de un hospital.

Si tiene una cobertura de empleador o del sindicato, llame al administrador de sus beneficios antes de hacer cualquier cambio o de solicitar alguna otra cobertura. Si cancela la cobertura de su empleador o del sindicato, es posible que no pueda recuperarla. Además, es posible que no pueda cancelar la cobertura para medicinas de su empleador o sindicato sin cancelar la cobertura de salud de su empleador o sindicato (médico y hospital). Si cancela la cobertura para usted, es posible que también deba cancelar la cobertura para su cónyuge y dependientes.

Puede obtener información sobre la manera en que funcionan los diferentes tipos de cobertura actual con Medicare para recetas médicas, visitando [Medicare.gov/](https://www.medicare.gov/) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Pasos para elegir un plan Medicare para medicinas



1. Prepararse
2. Comparar planes en una Búsqueda de Planes Medicare
3. Decidir e inscribirse

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

62

En las siguientes diapositivas le mostraremos 3 pasos para elegir un plan Medicare para medicinas.

1. Prepararse
2. Comparar planes en una Búsqueda de Planes Medicare
3. Decidir e inscribirse

Paso 1: Prepararse

- Prepararse para recibir la información en conjunto
 - Cobertura actual para recetas médicas
 - Recetas médicas, dosis y cantidades
 - Farmacias preferidas
 - Tarjeta Medicare
 - Código postal

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

63

Paso 1: Antes de elegir un plan Medicare para medicinas, es posible que desee reunir toda su información. Necesita contar con la información sobre toda la cobertura de recetas médicas con la que pueda contar actualmente, así como una lista de los medicamentos recetados y las dosis que toma actualmente. También necesita los nombres de todas la farmacias que prefiere usar, su tarjeta Medicare y su código postal. Finalmente, reúna todas las notificaciones que recibe de Medicare, Seguro Social o su plan Medicare actual para medicinas sobre los cambios a su plan.

AVISO: Si desea obtener una hoja de trabajo útil de la Búsqueda de Planes de Medicare, consulte [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2014-Medicare-Plan-Finder-Worksheet.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2014-Medicare-Plan-Finder-Worksheet.pdf).

Paso 2: Comparar planes en una Búsqueda de Planes Medicare

- Búsqueda de planes para medicamentos y salud
- Personalice su búsqueda para encontrar planes que cubran sus necesidades
- Compare planes en función de sus categorías en estrellas, beneficios, costos y más

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

64

Paso 2: Visite [Medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx](https://www.medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx) y use la Búsqueda de Planes de Medicare:

- Búsqueda de planes para medicamentos y salud
- Personalice su búsqueda para encontrar planes que cubran sus necesidades
- Compare planes en función de sus categorías en estrellas, beneficios cubiertos, costos y más

Debe comparar planes de Medicare para medicinas en función de lo que es más importante para su situación y de sus necesidades de medicamentos. Es posible que desee formularse las siguientes preguntas:

- ¿Qué plan(es) cubren las prescripciones que tengo?
- ¿Qué plan(es) me brindan el mejor precio general en todas mis prescripciones?
- ¿Cuál es la prima mensual, deducible anualmente y el coseguro o copago(s)?
- ¿Qué plan(es) me permiten usar la farmacia que deseo o recibir las prescripciones a través del correo?
- ¿Qué plan(es) me otorgan cobertura en múltiples estados si lo necesito?
- ¿Qué calificaciones de estrellas obtuvo el/los plan(es)?
- ¿Mi cobertura puede comenzar cuando yo lo deseo?
- ¿Es posible que necesite protección frente a costos inesperados de los medicamentos en el futuro?

Paso 3: Decidir e inscribirse

- Decida qué plan es mejor para usted e inscríbase
 - Inscripción en línea
 - Medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx
 - Sitio web del plan
 - Inscríbase por teléfono
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
 - Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048
 - Llame al plan
 - Envíe por correo electrónico o fax la solicitud del plan en papel

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

65

Paso 3: Después de elegir un plan que cubra sus necesidades, llame a la compañía que lo ofrezca y pregunte cómo inscribirse. Es posible que pueda inscribirse en línea, por teléfono o por solicitud en papel. Tendrá que presentar el número de su tarjeta Medicare cuando se inscriba.

Puede inscribirse en el plan directamente. Todos los planes deben ofrecer solicitudes de inscripción en papel. Además, los planes pueden permitirle inscribirse a través del sitio web o por teléfono. La mayoría de los planes también participan y ofrecen inscripción a través del sitio web de Medicare, Medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para inscribirse. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Los planes deben procesar las solicitudes en tiempo y forma y, una vez que usted entrega la solicitud, deben notificarle si fue aceptada o denegada.

Es recomendable conservar una copia de la solicitud, número de confirmación, cualquier otro papel que firme y las cartas o materiales que recibe.

Estos pasos y hojas de trabajo de ayuda con este proceso los puede buscar en "Su guía de la cobertura Medicare para Recetas Médicas", Producto CMS No. 11109, que podrá encontrar en Medicare.gov/Pubs/pdf/11109.pdf.

AVISO: Existe un pequeño número de planes que pueden tener opciones de inscripción más limitadas, incluso algunos Planes para Necesidades Especiales, Planes de Costos y planes que han tenido un rendimiento uniformemente malo y han recibido una calificación de menos de 3 estrellas durante 3 años consecutivos. En estos casos, es posible que no pueda inscribirse en línea. Siempre tiene la posibilidad de llamar directamente al plan para inscribirse.

Qué pueden esperar los nuevos miembros

- Su plan le enviará
 - Una carta de inscripción
 - Materiales de afiliación, que incluyen una tarjeta
 - Información de contacto del servicio al cliente
- Si su medicamento actual no está cubierto por el plan
 - Puede pedir un suministro de transición (en general por 30 días)
 - Trabaje con el recetador autorizado para encontrar un medicamento que esté cubierto
 - Solicite la excepción si no hay un medicamento alternativo aceptable en la lista

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

66

Cuando se inscriba en el plan, o Medicare lo inscriba en un plan, el plan le enviará una carta de inscripción y materiales de afiliación, que incluyen una tarjeta de identificación e información de atención al cliente con un número de teléfono para llamadas gratuitas y la dirección del sitio web.

Los planes también cuentan con un proceso de transición si es nuevo en el plan y toma una medicación que no está en el formulario del plan. El plan debe permitirle utilizar un suministro temporal de 30 días de prescripción (un suministro de 90 días si es residente de un centro de cuidado a largo plazo). Esto le otorga tiempo para trabajar con su médico recetador autorizado y encontrar un medicamento diferente que esté en el formulario del plan. Si no dispone de un medicamento alternativo aceptable, usted o su médico pueden solicitar una excepción al plan y apelar cualquier solicitud denegada.

Aviso Anual de Cambios (ANOC)

- Todos los planes Medicare para medicinas deben enviar un ANOC a los miembros antes del 30 de septiembre
 - Puede enviarse con Evidencia de Cobertura (EOC)
- Incluye información para el año entrante
 - Resumen de Beneficios
 - Formulario
 - Cambios en la prima mensual y/o en los costos compartidos
- Lea el ANOC con atención y compare su plan con las demás opciones del plan

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

67

Todos los años, los planes Medicare para medicinas exigen el envío de un Aviso Anual de Cambios (ANOC) a todos los miembros del plan. La carta debe ser enviada antes del 30 de septiembre, junto con un resumen de beneficios y una copia del formulario para el año entrante.

Usted debe leer el ANOC con atención. La carta explica todos los cambios en su plan actual, incluso los cambios en la prima mensual y en la información de los costos compartidos, como copagos o coseguros.

Los planes deben enviar una Evidencia de Cobertura (EOC) a todos los miembros en una fecha no posterior al 31 de enero de cada año. Proporciona detalles sobre el área de servicio, los beneficios y el formulario del plan, cómo obtener información, beneficios y Ayuda Adicional y cómo presentar una apelación. El plan puede optar por enviar la EOC con el ANOC.

Lección 7 — Determinaciones de cobertura y apelaciones

- Determinaciones de cobertura
- Solicitudes de excepción
- Apelaciones

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

68

La Lección 7, "Determinaciones de cobertura y apelaciones", proporciona información sobre las determinaciones de cobertura, las solicitudes de excepción y apelaciones de Medicare Parte D.

Solicitud de determinación de cobertura

- Decisión inicial por plan
 - Qué beneficios tiene derecho a recibir
 - Cuánto debe pagar por cada beneficio
 - Usted, su recetador autorizado o su representante designado pueden solicitarla
- Plazos para la solicitud de determinación de cobertura
 - Puede ser estándar (decisión dentro de las 72 horas)
 - Puede ser acelerada (decisión dentro de las 24 horas) si la vida o la salud están en grave peligro

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

69

Una determinación de cobertura es la primera decisión realizada por su plan Medicare para medicinas (no la farmacia) sobre un beneficio de recetas médicas que usted solicite. Esto incluye si un determinado medicamento está cubierto, si es que ha cumplido con todos los requisitos para la obtención de un medicamento solicitado y la cantidad que debe pagar por un medicamento. Usted o su recetador autorizado deben contactarse con su plan para pedir una determinación de cobertura.

Usted, su recetador autorizado o su representante designado pueden pedir una determinación de cobertura llamando a su plan o escribiendo una carta. Si se comunica con el plan por escrito, puede escribir una carta o usar el formulario "Solicitud de determinación de cobertura modelo" accesible en [CMS.gov/medicare/appeals-and-grievances/medprescriptdrugapplgriev/forms.html](https://www.cms.gov/medicare/appeals-and-grievances/medprescriptdrugapplgriev/forms.html).

Existen 2 tipos de determinaciones de cobertura: estándar y acelerada. Su solicitud puede ser más veloz (acelerada) si el plan lo determina o si su médico le dice al plan que su vida o salud pueden verse en grave peligro mientras espera una solicitud estándar.

Un plan debe entregarle una decisión de determinación de cobertura lo más rápidamente posible a medida que su condición de salud lo requiere. Después de recibir su solicitud, el plan debe entregarle una decisión en un plazo no posterior a las 72 horas para una determinación estándar o 24 horas para una determinación acelerada. Si su solicitud de determinación de cobertura implica una excepción (ver la siguiente diapositiva), la cuenta regresiva comienza cuando el plan recibe la declaración respaldatoria de su médico.

Si un plan no logra cumplir con estos plazos, automáticamente debe reenviar la solicitud y el expediente del caso a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) para su revisión, y la solicitud se saltará el primer nivel de apelaciones (redeterminación a cargo del plan). La IRE es MÁXIMA. Puede encontrar información de contacto en [MedicarePartDAppeals.com](https://www.MedicarePartDAppeals.com).

Solicitudes de excepción

- Dos tipos de excepciones
 1. Excepciones al formulario
 - El medicamento no está en formulario del plan o
 - Requisitos de acceso (por ejemplo, terapia de pasos)
 2. Excepciones de conjuntos
 - Por ejemplo, obtener un medicamento del conjunto 4 al costo del conjunto 3
- Necesita declaración respaldatoria del recetador autorizado
- Usted, su representante designado o su recetador autorizado puede realizar solicitudes
- La excepción puede ser válida para el resto del año

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

70

Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Existen 2 tipos de excepciones: excepciones de conjunto (como conseguir un medicamento del conjunto 4 al costo del conjunto 3) y excepciones al formulario (ya sea cobertura para un medicamento que no está en el formulario del plan o requisitos de acceso menos estrictos).

Si quiere realizar una solicitud de excepción, necesita una declaración respaldatoria por parte del recetador autorizado. En general, la declaración debe señalar la razón médica para la excepción. El recetador autorizado puede presentar la declaración al plan de manera verbal o por escrito.

Si se aprueba su solicitud de excepción, esta última será válida para renovaciones por el resto del año del plan, siempre que permanezca inscrito en el plan, su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento siga siendo seguro para tratar su condición.

Un plan puede elegir ampliar la cobertura a un nuevo año de plan. Si no lo hace, debe expresarlo por escrito, ya sea en el momento de la aprobación de la excepción o por lo menos 60 días antes de que termine el año del plan. Si su plan no amplía su cobertura de excepción, debe pensar en cambiar el medicamento por otro que esté en el formulario del plan, solicitar otra excepción o trasladarse a un plan que cubra ese medicamento durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.

AVISO: Si desea elegir un representante que lo ayude con una determinación de cobertura o apelación, usted y la persona que desea que le ayude deben completar un formulario de Designación de Representante (Formulario CMS-1696). Puede recibir una copia del formulario en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/CMS-Forms-Items/CMS012207.html](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/CMS-Forms-Items/CMS012207.html). También puede designar a un representante con una carta firmada y fechada por usted y por la persona que le ayuda, pero la carta debe contener la misma información que se pide en el formulario de Designación de Representante. Debe enviar el formulario o la carta con su determinación de cobertura o la solicitud de apelación.

Solicitud de apelaciones

- Si su determinación de cobertura o excepción es denegada, puede apelar la decisión del plan.
- En general, debe realizar solicitudes de apelación por escrito
 - Los planes deben aceptar solicitudes verbales (habladas) aceleradas
- La apelación puede ser solicitada por
 - Usted
 - Su médico u otro recetador autorizado
 - Su representante designado
- Existen 5 niveles de apelación

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

71

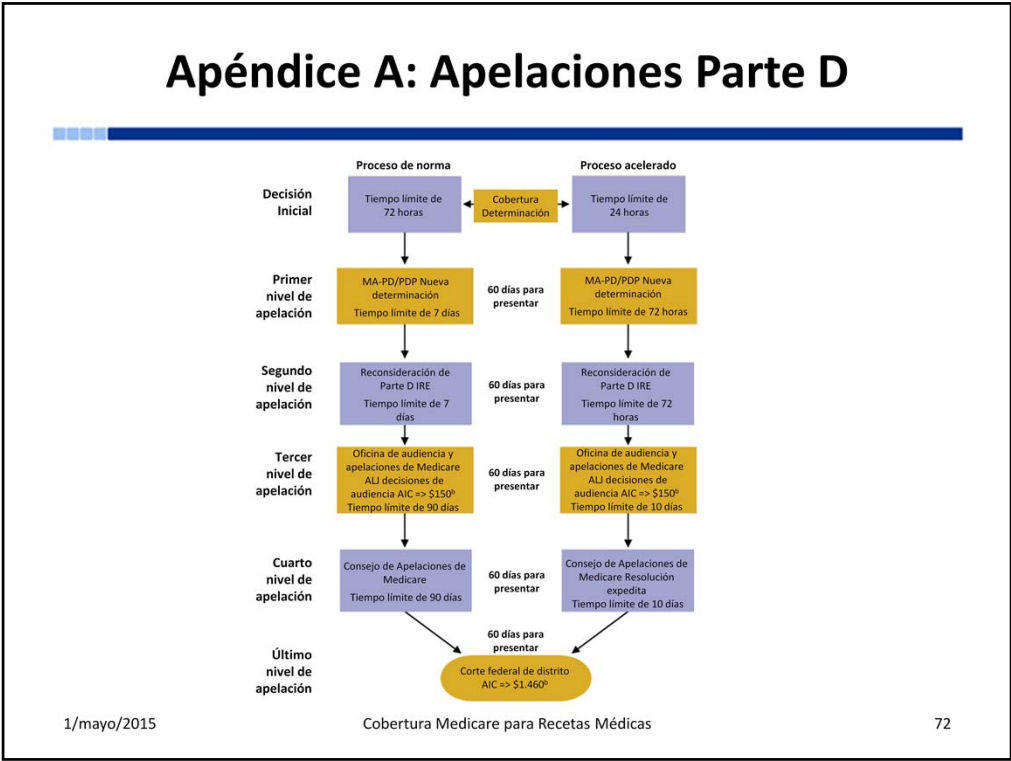
Si no está de acuerdo con la determinación de cobertura o con la decisión de excepción de su plan Medicare para medicinas, tiene derecho a apelar la decisión. La decisión escrita de su plan le brindará una explicación sobre cómo puede presentar una apelación. Lea esta decisión con cuidado y llame a su plan si tiene dudas.

En general, debe realizar solicitudes de apelación por escrito. No obstante, los planes deben aceptar solicitudes de redeterminación verbales (habladas) aceleradas. Además, los planes pueden optar por aceptar solicitudes de redeterminación verbales estándar. Consulte el material de su plan o comuníquese con el plan para ver si puede realizar solicitudes de redeterminación verbales estándar.

Usted o su representante designado pueden solicitar cualquier nivel de apelación. Su médico u otro recetador autorizado pueden pedir una redeterminación acelerada en su nombre.

Para consultar un cuadro que muestra el proceso de apelaciones de Medicare, visite [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2015-Medicare-Parts-A-B-C-and-D-Appeals-Process-Chart.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2015-Medicare-Parts-A-B-C-and-D-Appeals-Process-Chart.pdf).

Apéndice A - Gráfico del Proceso de Apelaciones Parte D 2015 (consulte el Apéndice B para ver las notas mostradas al fin de la página)



Apéndice B: Notas al pie desde la diapositiva 72

a: Los planes deben procesar el 95% de todas las reclamaciones válidas de proveedores fuera de la red dentro de los 30 días. El resto de reclamaciones deben ser procesadas dentro de 60 días;

b: El requisito de AIC para toda audiencia ALJ y Tribunal de Distrito Federal se ajusta anualmente de acuerdo con el componente de atención médica del Índice de Precios al Consumidor;

c: Una solicitud de una determinación de cobertura incluye una solicitud de excepción de diferentes grados o un formulario de excepción;

AIC = Cantidad en controversia

ALJ = Juez de Derecho Administrativo

MA-PD = Medicamentos recetados de Medicare Advantage

MAC = Intermediario Fiscal, Agencia de Seguros, Contratista Administrativo Medicare

MMA = Medicamentos recetados de Medicare, Acta de mejoramiento y modernización de 2003

Una solicitud de una determinación de cobertura puede ser presentada por el afiliado, el representante del afiliado, el plan de medicamentos recetados (**PDP**) o el médico de la persona inscrita. Los plazos de adjudicación generalmente comienzan cuando la solicitud es recibida por el patrocinador del plan. Sin embargo, si la solicitud se presenta como una excepción, el plazo de adjudicación comienza cuando el patrocinador del plan obtiene declaración de apoyo del médico.

Sin embargo, si la solicitud es una solicitud de excepción, el plazo de adjudicación comienza cuando el patrocinador del plan obtiene declaración de apoyo del médico.

IRE = Entidad independiente de Revisión

QIC = Contratista independiente calificado

Este cuadro refleja las cantidades **AIC para el año actual 2015**.

Puntos clave para recordar

- ✓ Medicare Parte D proporciona cobertura Medicare para recetas médicas
- ✓ Usted debe realizar alguna acción para inscribirse en un plan
- ✓ Una demora en la inscripción puede generar penalidades de inscripción tardía
- ✓ Tiene opciones para la manera de recibir cobertura
- ✓ La Ayuda Adicional está disponible para personas con bajos ingresos y recursos

1/mayo/2015

Cobertura Medicare para Recetas Médicas

74

- ✓ Medicare Parte D proporciona cobertura Medicare para recetas médicas
- ✓ Usted debe realizar alguna acción para inscribirse en un plan
- ✓ Una demora en la inscripción puede generar penalidades de inscripción tardía
- ✓ Tiene opciones para la manera de recibir cobertura
- ✓ La Ayuda Adicional está disponible para personas con bajos ingresos y recursos

Guía de recursos de la Cobertura Medicare para Recetas Médicas

Recursos		Productos Medicare
<u>Sitios web:</u> Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) CMS.gov RxAssist - Directorio de los Programas de Asistencia al Paciente rxassist.org Apelaciones de la Medicare Parte D MedicarePartDAppeals.com <u>Contactos:</u> Medicare.gov 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 1-877-486-2048 (TTY) Seguro Social 1-800-772-1213 socialsecurity.gov Programas del estado local sobre Seguros de Salud Medicare.gov/contacts Programa NET para personas de ingresos limitados (HUMANA) 1-800-783-1307 o 711 (TRS) Correo electrónico: linetoutreach@humana.com <u>Manuales/Orientación</u> "Manual de Beneficios para Recetas Médicas" CMS.gov/Medicare/prescription-drug-coverage/prescriptiondrugcovcontra/partdmannuals.html "Guía de inscripción y desafiliación en PDP" CMS.gov/Medicare/eligibility-and-enrollment/medicarepresdrugeligenrol/index.html	<u>Manuales/Guías (continuación)</u> "Primas Medicare: normas para beneficiarios con ingresos más altos" SSA.gov/pubs/EN-05-10536.pdf "Guía 2014/2015 de los correos de CMS, Seguro Social y los planes" CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/LimitedIncomeandResources/downloads/2014Mailings.pdf <u>Programa de capacitación nacional – Ayudas laborales para socios</u> Visite la biblioteca de capacitación en CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram <u>Publicaciones de CMS</u> "Su guía de la cobertura Medicare para Recetas Médicas" (Producto CMS No. 11109) "Cosas para pensar cuando compara la cobertura Medicare para Medicinas" (Producto CMS No. 11163) "4 formas de ayudar a bajar los costos de su Medicare para Recetas Médicas" (Producto CMS No. 11417) "Cómo usan los planes Medicare para Medicinas las farmacias, formularios y normas comunes de cobertura" (Producto CMS No. 11136) Para ver o pedir estos productos: Copia única - Medicare.gov/Publications;productordering.cms.hhs.gov Varias copias (solo socios)	<u>Hojas de recomendaciones para socios (continuación)</u> "Cobertura Medicare para Medicinas de Medicare Parte A, B y D" (Producto CMS No. 11315-P) "Gestión de quejas de Medicare Parte D" (Producto CMS No. 11259-P) "Cómo funciona la cobertura para jubilados con la cobertura Medicare para Recetas Médicas" (Producto CMS No. 11403-P) "Corrección del estado del subsidio o nivel basado en la mejor evidencia" (Producto CMS No. 11325-P) "Información que los socios pueden usar sobre: subsanar los períodos sin cobertura" (Producto CMS No. 11495-P) "Información que los farmacéuticos pueden usar sobre: subsanar los períodos sin cobertura" (Producto CMS No. 11522-P) "LI NET para personas en el mostrador de farmacia" (Producto CMS No. 11328-P) "LI NET para personas con elegibilidad para Medicaid retroactiva y SSI" (Producto CMS No. 11401-P) "Cómo funciona la cobertura Medicare para Recetas Médicas con un plan Medicare Advantage o un plan de Costos de Medicare" (Producto CMS No. 11135)
	<u>Hojas de recomendaciones para socios de CMS —</u> CMS.gov/publications-for-partners.html	

Programa Nacional de Capacitación (NTP) de CMS

Para ver todos los materiales del Programa de Capacitación Nacional (National Training Program, NTP) o suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite

[CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/](https://cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/)

Si desea formular preguntas sobre productos de capacitación, envíe un correo electrónico a

training@cms.hhs.gov

Este módulo de capacitación está suministrado por el Programa de Capacitación Nacional (NTP) de CMS

Si desea visualizar todos los materiales NTP de CMS, incluso los módulos de capacitación adicional, ayudas laborales, actividades educativas y cronogramas de seminarios y talleres, o suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite: [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram](https://cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram). Si desea formular preguntas sobre productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov