

GUÍA PARA LA COBERTURA ACREDITABLE

I. INTRODUCCIÓN

La Ley de Modernización, Mejoramiento y Medicinas Recetadas de Medicare del 2003 (MMA, por sus siglas en inglés) agregó un nuevo programa de medicinas recetadas a Medicare. (Vea la Parte D del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley), en lo sucesivo la “Parte D” de Medicare.) La cobertura para recetas médicas bajo Medicare estará disponible a partir del 1º de enero del 2006.

Las disposiciones para implementar la cobertura de Medicare para recetas médicas se publicaron el 28 de enero del 2005 (Título 70 de las Regulaciones Federales, Apartado 4193). Esta guía está relacionada con la sección 1860D-1 de la Ley, y la regulación conforme al Título 42 del Código Federal de Regulaciones (42 CFR) §423.56.

Conforme a estas disposiciones, la mayoría de las entidades que actualmente proporcionen cobertura para recetas médicas a beneficiarios de Medicare deben revelar si la cobertura de la entidad es “cobertura acreditable para recetas médicas” (Aviso de Divulgación). Se exige la divulgación si la cobertura de la entidad es primaria o secundaria a Medicare. Los planes de salud y otras entidades deben acatar estas disposiciones que se describen en la regulación del título 42 del Código Federal de Regulaciones (42 CFR) §423.56(b) y que también están mencionadas en la página principal de cobertura acreditable en <http://www.cms.hhs.gov/medicarereform> por Internet. Sin embargo, las entidades que contratan con Medicare directamente como un plan de la Parte D o que contratan con un plan de la Parte D para proporcionar cobertura calificada para recetas médicas están exentas del requisito de divulgación. Por ejemplo, un empleador o sindicato que brinde cobertura para recetas médicas a jubilados a través de un plan de la Parte D está exento del requisito de divulgación. Consulte la regulación en el Título 42 del Código Federal de Regulaciones (42 CFR) §423.56(c).

La divulgación de si la cobertura para recetas médicas es acreditable provee a los beneficiarios de Medicare información importante relacionada con su inscripción en la Parte D de Medicare. Los beneficiarios que no estén cubiertos bajo la cobertura acreditable para recetas médicas y que escojan no inscribirse antes de que termine su periodo de inscripción inicial para la Parte D posiblemente pagarán una prima más alta de manera permanente, en caso de que se inscriban posteriormente en la Parte D.

La regulación del Título 42 del Código Federal de Regulaciones (42 CFR) §423.56 establece ciertos requisitos relacionados con los Avisos de Divulgación, incluyendo reglas relacionadas con el momento exacto y requisitos de contenido general. Esta guía proporciona información adicional relacionada con estas reglas, incluso la forma y manera de proporcionar los Avisos de Divulgación. Además, trata varios principios relacionados con la determinación de cobertura acreditable. Se emitirá guía adicional

sobre las modificaciones que pudieran ser requeridas en la divulgación de cobertura acreditable para uso después del 15 de noviembre del 2005.

Entre las entidades a quienes aplica el requisito de divulgación según el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.56 están los emisores Medigap. Sin embargo, un requisito separado conforme a la MMA, sección 104(a) exige que los emisores Medigap envíen un aviso, durante el periodo del 15 de septiembre al 14 de noviembre del 2005, a los asegurados que tengan cobertura para recetas médicas. Este aviso debe revelar si la cobertura para recetas médicas es acreditable, junto con otra información específica. CMS está consultando con la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros para desarrollar un aviso de cobertura acreditable y otro de cobertura no acreditable que los emisores Medigap deben usar para satisfacer esta obligación según la MMA, sección 104(a). Al finalizarse, los avisos serán publicados en el sitio web de CMS. **El uso oportuno de estos avisos por parte de los emisores Medigap conforme a la sección 104(a) cumplirá con los requisitos de divulgación a los beneficiarios según el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.56, al grado que estos requisitos permitan u obliguen la divulgación a los beneficiarios de Medicare para el 14 de noviembre del 2005.**

Por favor consulte el sitio web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/medicarereform> por Internet para que obtenga información específica sobre como la información contenida en esta Guía de Cobertura Acreditable aplica a los emisores Medigap.

II. VISTA GENERAL DE LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS

¿Quién recibe el Aviso de Divulgación?

El Aviso de Divulgación lo deben recibir todas las personas elegibles para la Parte D que estén cubiertas por la cobertura de recetas médicas de la entidad, o que apliquen para ésta. Ni el estatuto ni las regulaciones crean una exención basada en si la cobertura para recetas médicas es cobertura primaria o secundaria de la Parte D de Medicare. Por ejemplo, el requisito del Aviso de Divulgación aplica con respecto a los beneficiarios de Medicare que sean empleados activos o para aquellos que estén jubilados, así como para los beneficiarios que estén cubiertos como cónyuges bajo cobertura activa o de jubilado.

La entidad debe proporcionar también anualmente una divulgación del estado de la cobertura acreditable a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) según lo estipula la disposición en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.56(e). CMS brindará guía futura en relación a la divulgación a CMS.

Si bien la entidad que provea la cobertura es responsable de dar el aviso, nada en la regulación evitará que la entidad haga gestiones para que un tercero lo proporcione.

Personas elegibles para la Parte D- Una persona es elegible para la Parte D si:

1. La persona tiene derecho a la Parte A de Medicare y/o está inscrita en la Parte B, para la fecha efectiva de la cobertura bajo el plan de la parte D; y
2. La persona reside en el área de servicio de un plan para recetas médicas (PDP, por sus siglas en inglés) o de un plan Medicare Advantage que ofrezca cobertura para recetas médicas (MA-PD, por sus siglas en inglés). (Para efectos de las regulaciones de la Parte D, una persona que esté viviendo en el extranjero o que esté encarcelada no es elegible para la Parte D porque él o ella no se considera que “reside” en el área de servicio del plan de la Parte D.)

Hay que notar que en general, una persona “tendrá derecho” a la Parte A de Medicare cuando actualmente tenga cobertura para la Parte A, y no cuando la persona sea elegible por primera vez. Una persona tiene cobertura de la Parte A sin estar sujeta a primas mensuales cuando haya cumplido 65 años y tenga beneficios mensuales del seguro social o cuando sea beneficiario calificado jubilado del ferrocarril. Las personas menores de 65 años podrían tener derecho también a los beneficios de la Parte A de Medicare en caso de que reciban por lo menos 24 meses de beneficios de jubilación del ferrocarril o del seguro social basados en su discapacidad. Una persona que sea elegible para los beneficios del seguro social, pero que no haya solicitado tales beneficios tendrá derecho a la Parte A de Medicare sólo cuando presente una solicitud de beneficios para la Parte A.

La publicación de CMS “Inscripción en Medicare” (publicación número 11036) proporciona información detallada sobre la elegibilidad e inscripción para la Parte A y Parte B. La publicación mencionada está disponible en línea en www.medicare.gov <http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/11036.pdf> por Internet. Los beneficiarios de Medicare deben dirigir sus preguntas sobre cuándo y cómo inscribirse en Medicare a su oficina local del Seguro Social o a la Oficina de Jubilación del Ferrocarril.

Inscripción en la Parte D – Al principio del programa de la Parte D, hay un Periodo Abierto de Inscripción Inicial para la Parte D para todos los beneficiarios de Medicare el cual comienza el 15 de noviembre del 2005 y se extiende hasta el 15 de mayo del 2006. Posteriormente, cuando el Periodo de Inscripción Inicial (IEP, por sus siglas en inglés) de la Parte B de la persona se extienda más allá del 15 de mayo del 2006, el Periodo de Inscripción Inicial para la Parte D será concurrente con el IEP de la Parte B de la persona. El IEP para la Parte B es de 7 meses que empieza tres meses antes del mes en que la persona satisface los requisitos de elegibilidad para la parte B y termina 3 meses después del mes de elegibilidad primera.

Si, al final del Periodo de Inscripción Inicial para la Parte D de la persona, ésta no se ha inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas y no tiene cobertura acreditable para recetas médicas para cualquier periodo de 63 días o más, la persona tendrá posiblemente que pagar un cobro de prima más alta por la inscripción tardía.

Según lo estable la disposición del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.56(a)(3)(iii), una persona que tiene derecho a la Parte A de Medicare o se

inscribe en la parte B a una fecha efectiva retroactiva tiene una inscripción inicial que empieza el mes en el cual la notificación de la determinación de Medicare sea recibida y termina el último día del tercer mes siguiente al mes en el cual la notificación fue recibida.

Penalidad por Inscripción Tardía (También mencionada como “Cobro de Prima más Alta”)

La disposición del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.46 prevé una penalidad por inscripción tardía para las personas elegibles a la Parte D que lleven sin cobertura acreditable para recetas médicas un periodo continuo de 63 días o más después de que finalice su periodo de inscripción inicial en la Parte D, y luego se inscriban en la Parte D. El cobro de prima más alta se basará en la cantidad de meses que la persona no cuente con cobertura acreditable. La prima que de otro modo aplicaría se incrementará por lo menos en un 1% por cada mes sin la cobertura acreditable. Ya que este porcentaje aplicará mientras que la persona permanezca inscrita en la Parte D, el cobro de prima más alta actualmente aumentará cada año debido a que el incremento de porcentaje se aplicará a cada prima en base anual subsiguiente.

En caso de que las personas elegibles a la Parte D estén cubiertas bajo un plan que brinde cobertura acreditable para recetas médicas, a ellas no se les impondrá una penalidad por inscripción tardía cuando escojan inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas en una fecha posterior. Sin embargo, se les impondrán penalidades por inscripción tardía si eligen cancelar la cobertura antes de que puedan inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas (o pierden cobertura y no aprovechan rápidamente el Periodo de Inscripción Especial resultante), y llevan un periodo continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable.

En caso de que las personas elegibles a la Parte D estén cubiertas bajo un plan que ofrezca cobertura no acreditable para recetas médicas, éstas necesitarán inscribirse en un plan de la Parte D durante el Periodo Abierto de Inscripción Inicial si no desean pagar una penalidad por inscripción tardía. Hay plazos en el año en los cuales los beneficiarios pueden inscribirse (del 15 de noviembre al 31 de diciembre), y si los beneficiarios no se registran durante el periodo abierto de inscripción inicial, ellas posiblemente pagarán una penalidad por inscripción tardía si escogen registrarse más adelante, a menos que tuvieran otra fuente de cobertura acreditable.

CLAUSULA DE PROTECCIÓN: La guía de arriba que se relaciona con las penalidades por inscripción tardía bajo Medicare tiene la intención de dar a las entidades información general referente a las disposiciones contenidas en las regulaciones en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.46 y §423.286 (c)(3) y en el Título 70 del Código de Regulaciones Federales 13397, 13399 (21 de marzo del 2005).

Definición y Determinación de la Cobertura Acreditable

Como se define en la regulación del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.56(a), la cobertura es acreditable si el valor actuarial de la cobertura es igual o excede el valor actuarial de la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas, como se demuestra a través del uso de los principios actuariales generalmente aceptados y conforme con las guías actuariales de CMS. En general, esta determinación actuarial mide si la cantidad esperada de reclamaciones pagadas según la cobertura para recetas médicas de la entidad es al menos tanto como la cantidad esperada de reclamaciones pagadas bajo el beneficio estándar de medicinas recetadas de Medicare.

Esta determinación es idéntica a la primera punta de la prueba de equivalencia actuarial (prueba total) que se aplica en la regulación del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.884 cuando un empleador o sindicato aplica para el subsidio de medicinas para los jubilados conforme a esa sección. No toma en consideración si la cobertura es financiada por el beneficiario o la entidad.

Para planes que tengan opciones de beneficios múltiples, la regulación exige que las entidades apliquen la prueba de valor actuarial de manera separada para cada opción de beneficio. Una opción de beneficio se define en la regulación del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §§423.882 como un diseño de beneficio particular, categoría de beneficios, o arreglo de costo compartido ofrecido dentro de un plan de salud grupal.

III. GUÍA DE POLÍTICA

Las siguientes son aclaraciones y otra guía referente a los requisitos de arriba:

Confirmación

La determinación de la situación de la cobertura acreditable no requiere confirmación de un actuario calificado a menos que la entidad sea un empleador o sindicato que esté eligiendo un subsidio de medicinas para jubilados. Véase la regulación en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.884(d).

Diseños de Beneficios para Simplificar la Determinación de la Situación de la Cobertura Acreditable

Si una entidad no es un empleador o sindicato que esté solicitando subsidio de medicinas para el jubilado, esto puede determinar que su cobertura del plan para recetas médicas sea acreditable siempre que el diseño del plan cumpla con las siguientes cuatro normas que aquí se mencionan. Sin embargo, las normas mencionadas bajo el punto 4(a) y 4(b) podrían no usarse si el plan de la entidad tiene beneficios para recetas médicas que estén integrados a los beneficios distintos a la cobertura para recetas médicas (por ejemplo, beneficio médico o dental, etc.). Los planes integrados deben satisfacer la norma del punto 4(c).

Un plan para recetas médicas se considera ser acreditable si:

- 1) Ofrece cobertura para medicinas de marca y genéricas;
- 2) Proporciona acceso razonable a los proveedores al detal, y opcionalmente, cobertura para pedidos por correo;
- 3) El plan está diseñado para pagar en promedio por lo menos un 60% de los gastos de medicinas recetadas de los participantes; y
- 4) Satisface por lo menos uno de los siguientes:
 - a) La cobertura para medicinas recetadas no tiene un beneficio máximo anual o un beneficio máximo anual pagadero por el plan de por lo menos \$25,000, o
 - b) La cobertura para recetas médicas tiene una expectativa actuarial en la que la cantidad pagadera por el plan será por lo menos de \$2,000 por persona elegible a Medicare en el 2006.
 - c) Para entidades que tengan cobertura de salud integrada, el plan de salud integrado no tenga más de \$250 de deducible por año, no tenga beneficio máximo o un beneficio anual máximo pagadero por el plan de por lo menos \$25,000 y no tenga menos de \$1,000,000 de beneficio máximo combinado de por vida.

Forma, Manera y Contenido de la Divulgación de Cobertura Acreditable de la Entidad a CMS

La regulación del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.56(e) exige que todas las entidades descritas en la regulación del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.56(b) revelen a CMS si su cobertura para recetas médicas es acreditable o no acreditable. La divulgación se debe hacer anualmente a CMS, lo mismo que cualquier cambio que afecte que la cobertura sea acreditable. CMS ofrecerá en guías adicionales los horarios, el formato y el lenguaje modelo para las declaraciones sobre divulgaciones a CMS.

Contenido de las Divulgaciones de Cobertura Acreditable de la Entidad a los Beneficiarios.

CMS ha proporcionado muestras del lenguaje que las entidades pueden usar (pero no es obligatorio) cuando revelen la posición de la cobertura acreditable a los beneficiarios. Los enlaces a ese lenguaje se encuentran al final de este documento. La muestra o modelo de lenguaje aplica solamente al Periodo Abierto de Inscripción Inicial (del 15 de noviembre del 2005 al 15 de mayo del 2006). En guías adicionales se ofrecerán los modelos o muestras subsiguientes para las personas que se inscriban en los nuevos planes (aquellos con Periodos de Inscripción Inicial para la Parte D después del 15 de mayo del 2006) y para uso en los años futuros del plan.

Las entidades que escojan no usar el lenguaje modelo deberán proporcionar Avisos de Divulgación que cumplan con las normas siguientes de contenido.

Contenido de las Divulgaciones de Cobertura Acreditable de la Entidad a los Beneficiarios – Cobertura Acreditable.

Siempre que la cobertura para recetas médicas ofrecida por la entidad sea determinada cobertura acreditable, el aviso de divulgación al beneficiario deberá tratar los siguientes elementos de información:

- 1.) Que la entidad ha determinado que la cobertura para recetas médicas que ofrece es acreditable;
- 2.) El significado de cobertura acreditable, es decir, que la cantidad que el plan espera pagar en promedio por las medicinas recetadas de las personas cubiertas por el plan en el 2006 sea la misma o más que la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas que esperaría pagar en promedio; y
- 3.) Una explicación de porqué la cobertura acreditable es importante y una advertencia acerca de que no obstante que la cobertura es acreditable, la persona pudiera quedar sujeta al pago de primas más altas por la Parte D si posteriormente experimenta una interrupción en la cobertura acreditable de 63 días o más antes de inscribirse en un plan de la Parte D.

CMS recomienda que las entidades ofrezcan también las siguientes aclaraciones en sus declaraciones sobre divulgación:

- La explicación de un aviso sobre los derechos del beneficiario; es decir, las veces que un beneficiario puede esperar recibir un aviso y las veces que un beneficiario puede solicitar una copia del aviso.
- Una explicación de la opción u opciones que los beneficiarios tendrán a su disposición cuando el beneficio de la Parte D de Medicare esté disponible. Estas opciones podrán incluir, por ejemplo:
 - que ellos puedan retener su cobertura actual y escoger no inscribirse en un plan de la Parte D; o
 - que ellos puedan inscribirse en un plan de la Parte D como un suplemento a, o en lugar de otra cobertura.
- Una aclaración sobre si la cobertura actual para recetas médicas está integrada a otra cobertura de salud (por ejemplo, Médica, Dental, etc.), o sea que las personas cubiertas por Medicare serán aún elegibles para obtener toda su cobertura de salud actual si escogen inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.
- Una aclaración de las circunstancias (si las hubiera) bajo la cual la persona pudiera obtener su cobertura para recetas médicas si cancela su cobertura actual y se registra en la cobertura de Medicare para recetas médicas.
- Proveer información a la persona con Medicare respecto a cómo obtener la ayuda adicional para pagar por un plan de Medicare para recetas médicas incluyendo la

información para ponerse en contacto con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés).

Lenguaje recomendado por CMS:

La ayuda adicional para personas con ingresos y recursos limitados que pagan por un plan de Medicare para recetas médicas está disponible. La información acerca de este programa está disponible a través de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en www.socialsecurity.gov por Internet o lláme gratis al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Contenido de las Divulgaciones de Cobertura de la Entidad a los Beneficiarios – Cobertura No Acreditable.

Siempre que la cobertura para recetas médicas ofrecida por la entidad sea determinada Cobertura No Acreditable, el aviso de divulgación al beneficiario debe tratar la siguiente información en la Declaración sobre Divulgaciones de Cobertura No Acreditable:

- 1.) Que la entidad ha determinado que la cobertura para recetas médicas que ofrece no es acreditable;
- 2.) El significado de cobertura acreditable, es decir, que la cantidad que el plan espera pagar en promedio por las medicinas recetadas de las personas cubiertas por el plan en el 2006 es menos que lo que la cobertura estándar de Medicare esperaría pagar en promedio;
- 3.) Que un beneficiario sólo puede inscribirse en un plan de la Parte D desde el 15 de noviembre del 2005 hasta el 15 de mayo del 2006 y en otras fechas especificadas después de éstas; y
- 4.) Una explicación de porqué la cobertura acreditable es importante y que la persona podría quedar sujeta a un pago de primas más altas para la Parte D en caso de que no se inscriba en un plan de la Parte D al momento de ser elegible por primera vez.

CMS recomienda que las entidades ofrezcan también las siguientes aclaraciones en sus declaraciones sobre divulgaciones:

- La explicación de un aviso sobre los derechos de un beneficiario, es decir, las veces que un beneficiario puede esperar recibir un aviso y las veces que un beneficiario puede solicitar una copia del aviso.
- Una explicación de la opción u opciones que los beneficiarios tendrán a su disposición cuando el beneficio de la Parte D de Medicare esté disponible. Estas opciones podrán incluir, por ejemplo:
 - que ellos puedan retener su cobertura actual y que puedan escoger no inscribirse en un plan de la Parte D; o

- que ellos puedan inscribirse en un plan de la Parte D como un suplemento a, o en vez de la otra cobertura.
- Una aclaración sobre si la cobertura actual para recetas médicas está integrada a otra cobertura de salud (por ejemplo, médica, dental, etc.), o sea que las personas cubiertas por Medicare serán aún elegibles para obtener toda su cobertura de salud actual si escogen inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.
- Proveer información a la persona con Medicare respecto a cómo obtener la ayuda adicional para pagar por un plan de Medicare para recetas médicas incluyendo la información para ponerse en contacto con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés).

Lenguaje recomendado por CMS:

La ayuda adicional para personas con ingresos y recursos limitados que paga por un plan de Medicare para recetas médicas está disponible. La información acerca de este programa está disponible a través de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en www.socialsecurity.gov por Internet o llámeles gratis al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Forma y Manera de la Divulgación de Cobertura Acreditada de la Entidad a los Beneficiarios

Esta guía aclara que las entidades tienen flexibilidad en la forma y manera de ofrecer los Avisos de Divulgación a los beneficiarios. El aviso no necesita ser enviado como correspondencia separada. El Aviso de Divulgación podrá ser proporcionado a los participantes del plan junto con otros materiales de información (incluyendo los materiales de inscripción o renovación.) La entidad podrá ofrecer un sólo aviso de divulgación a las personas cubiertas por Medicare y a todos los dependientes elegibles de Medicare cubiertos bajo el mismo plan. Sin embargo, se le exigirá a la entidad que proporcione un aviso de divulgación separado en caso de que se conozca que alguno de los cónyuges o dependientes que sea elegible para recibir Medicare resida en una dirección distinta a donde se enviaron los materiales para el participante o asegurado.

Una entidad puede brindar un Aviso de Divulgación a través de medios electrónicos sólo cuando el beneficiario de Medicare le haya indicado a la entidad que él/ella tiene acceso apropiado a la información electrónica. Una entidad no debe ejercer el derecho de proporcionar material al beneficiario a través de medios electrónicos como una manera permisible de entregar documentos a todos los beneficiarios. Antes de que los beneficiarios acuerden recibir su información a través de medios electrónicos, se les debe informar de su derecho a obtener una versión en papel, cómo deben retirar su consentimiento, cómo deben actualizar la información de dirección y cómo deben

identificar cualquier requisito del equipo de computación y programación para acceder y retener la divulgación de cobertura acreditable.

Si el beneficiario consiente en una transferencia electrónica del aviso, debe proporcionar un correo electrónico válido a la entidad y el consentimiento del beneficiario a la entidad también debe ser electrónicamente. Ello asegura el acceso a la información y asegura que el sistema facilite que estos documentos resulten recibidos. El formato de divulgación debe usar el aviso modelo de divulgación o los elementos de divulgación exigidos según se describe en esta guía. Además de tener el aviso de divulgación enviado a la dirección electrónica del beneficiario, el aviso se debe publicar en el sitio web de la entidad, si aplicara, con un enlace al aviso de divulgación de la cobertura acreditable en la página principal de la entidad.

Si las entidades eligen incorporar las divulgaciones de cobertura acreditable con otra información del participante del plan, entonces las divulgaciones deberán resaltarse. Lo anterior quiere decir que las declaraciones —o una referencia a la sección en el documento a proporcionarse al beneficiario contendrá la declaración exigida— deberán mencionarse de manera prominente en un tipo de letra tamaño 14 en un recuadro separado, o sea deberán sobresalir en la primera página dónde empieza a proporcionarse la información al participante del plan.

Ejemplo de requisitos cuando se refiere a la cobertura acreditable o no acreditable:

Si tiene Medicare o va a ser elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una nueva ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura para recetas médicas a partir del 2006. Por favor consulte la página xx para más detalles.

Tiempo Exacto de la Divulgación de Cobertura Acreditable de la Entidad a los Beneficiarios

La regulación según el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR) §423.56(f) estipula las veces que deben hacerse las divulgaciones de la cobertura acreditable a las personas elegibles a la Parte D. Como mínimo, la divulgación se debe hacer las siguientes veces:

1. Antes del Periodo Anual de Elección Coordinada de la Parte D de Medicare – empezando el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre de cada año;
2. Antes del Periodo de Inscripción Inicial de la Persona en la Parte D, según se describe en la sección 423.38(a);
3. Antes de la fecha efectiva de cobertura para cualquier persona elegible a Medicare que se inscriba en el plan;
4. Cada vez que termine o cambie la cobertura para recetas médicas así que ya no es acreditable o vendrá a ser acreditable, y
5. A solicitud del beneficiario.

Si el aviso de divulgación de cobertura acreditable es ofrecido a todos los participantes del plan, CMS considerará los puntos 1 y 2 a cumplirse. La dirección o guía aclara que “antes” significa que al beneficiario se le debe proporcionar un Aviso de Divulgación dentro de los últimos doce meses.

Guía Adicional

Se emitirá guía adicional acerca de la declaración sobre divulgación exigida de la entidad a CMS y sobre cualquier modificación al contenido de la divulgación de cobertura que será exigida más allá del 15 de noviembre del 2006. Además, CMS podría publicar, de vez en cuando, en su sitio web Preguntas y Respuestas relacionadas a temas de Cobertura Acreditable en el sitio web de Banco de Datos para Preguntas y Temas de la MMA el cual se encuentra en: <http://www.cms.hhs.gov/medicarerreform/drugcoveragefaqs.asp> por Internet.

III CONTACTO PARA MÁS INFORMACIÓN

Si desea más información sobre la cobertura acreditable, comuníquese con la Política del Empleador y Grupo de Operaciones de CMS en epog@cms.hhs.gov por Internet.

Además, usted puede visitar el enlace del sitio web de CMS relacionado con los temas de cobertura acreditable en: www.cchomepage.com por Internet.

Para obtener una lista de la terminología preferida, por favor visite: <http://www.cms.hhs.gov/partnerships/tools/materials/preferredterms.pdf> por Internet

IV. ENLACE A LOS AVISOS DE DIVULGACIÓN DE LA COBERTURA ACREDITABLE Y NO ACREDITABLE

- **Modelo para el Aviso de Divulgación de Cobertura Acreditable al Beneficiario (a usarse antes del 15/NOV/05)**
<http://www.cms.hhs.gov/medicarerreform> por Internet
- **Modelo para el Aviso de Divulgación de Cobertura No Acreditable al Beneficiario (a usarse antes del 15/NOV/05)**
<http://www.cms.hhs.gov/medicarerreform> por Internet.