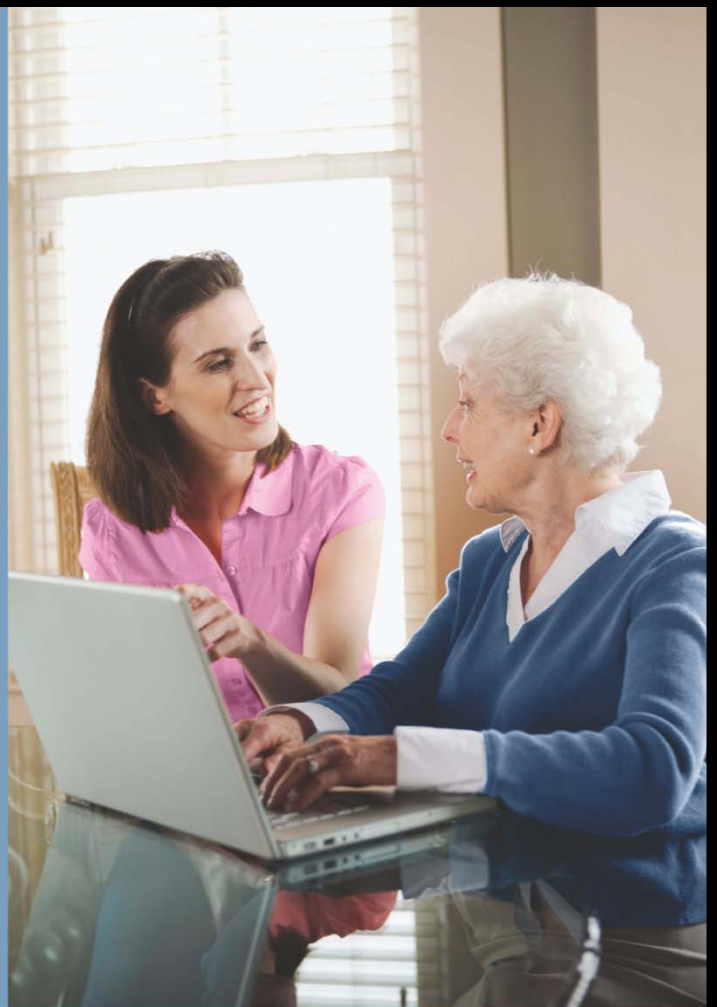


DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

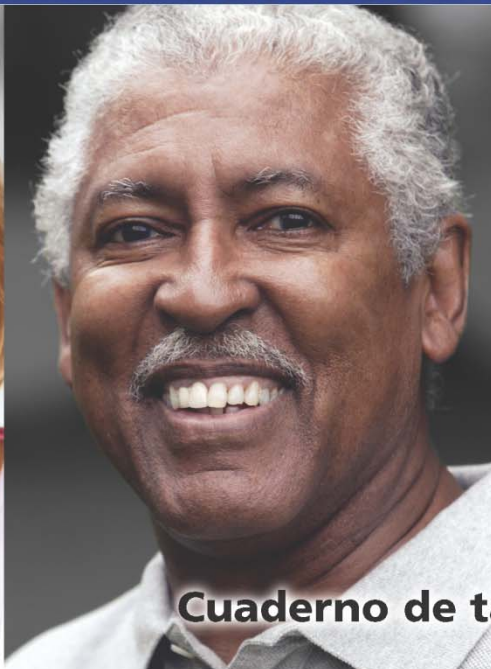
 **National Medicare**  
**TRAINING PROGRAM**

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

# **La Cobertura de Medicare de las Recetas Médicas: Módulo 9**



**...para ayudarle a las personas  
con Medicare a tomar decisiones  
informadas sobre su salud**



**Cuaderno de tareas para el 2011**

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
Talleres para Instructores  
Hoja informativa para los instructores  
Módulo 9: La Cobertura de Medicare de las Recetas Médicas**

**Descripción del Módulo**

Este módulo le ayuda a entender cómo trabaja la cobertura de Medicare de las recetas médicas (Parte D).

Los materiales – actualizados y listos para usarlos- están diseñados para los instructores familiarizados con el programa Medicare, que desean tener todos los materiales para sus presentaciones listos.

Cuando corresponda, se incluirán las actualizaciones a la legislación vigente. El símbolo de la reforma sanitaria se usa para destacar los cambios basados en la Ley de Atención Médica Asequible (de bajo costo).

En este módulo se incluyen las secciones siguientes:

| Dispositivas | Temas                                                                | Dispositivas | Temas                                                |
|--------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------|
| 1-37         | Conceptos básicos de la cobertura de Medicare de las recetas médicas | 70-84        | Compare y escoja la cobertura de sus recetas médicas |
| 38-40        | La elegibilidad e inscripción                                        | 85-94        | Determinaciones de cobertura y apelaciones           |
| 51-69        | La Ayuda Adicional                                                   | 95-110       | Fuentes de información                               |

**Objetivos**

- Entienda la cobertura de Medicare de las recetas médicas
- Sepa dónde obtener más información

**Audiencia**

Este módulo está diseñado para los instructores, otras personas que desean informar y para los beneficiarios.

**Actividades educativas**

El módulo contiene 10 preguntas interactivas que ayudan a los participantes a aplicar los conceptos adquiridos a situaciones de la vida real.

**Hojas informativas**

Hay 8 apéndices que forman parte del módulo y una lista de recursos informativos. Tal vez le convenga referirse a estas hojas informativas durante el entrenamiento, si es que les entrega una copia del cuaderno de tareas a los participantes. O quizá quiera hacer copia de estas hojas y distribuirlas.

**Tiempo de presentación**

El módulo está compuesto por 94 diapositivas en Power Point con las notas correspondientes. La presentación puede hacerse en una hora y media. Debe dedicar aproximadamente 30 minutos para comentarios, preguntas y respuestas.

**Referencias –**

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227)

(TTY 1-877-466-2048)

**Información sobre los medicamentos cubiertos por las Partes B y D**

[www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/](http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/)

**Online Prescription Drug Benefit Manual**

[www.cms.gov/PrescriptionDrugCovContra/12\\_PartDManuals.asp](http://www.cms.gov/PrescriptionDrugCovContra/12_PartDManuals.asp)

**Medicare y Usted**

Producto CMS No. 10050

**Su guía sobre la cobertura de Medicare de las recetas médicas**

Producto CMS No. 11109

**Programas Estatales de Seguro Médico**

[www.medicare.gov/contacts](http://www.medicare.gov/contacts)



- Este módulo le explica la cobertura de Medicare de las recetas médicas.
- El módulo fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por su sigla en inglés), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid y el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP por su sigla en inglés). La información está vigente desde abril de 2011.



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



Para información sobre la Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo) visite [healthcare.gov/center/authorities/patient\\_protection\\_affordable\\_care\\_act\\_as\\_passed.pdf](http://healthcare.gov/center/authorities/patient_protection_affordable_care_act_as_passed.pdf)



Para ver la versión más actualizada de este módulo, visite [www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp](http://www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp).

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

## Objetivos de la sesión

Los temas de esta sesión le ayudarán a

- Identificar la cobertura de los medicamentos recetados de la
  - Parte A
  - Parte B
  - Parte D
- Le brindará un resumen sobre la elegibilidad y la inscripción
- Le permitirá comparar y escoger un plan
- Describe la Ayuda Adicional para pagar por dicha cobertura
- Analiza las determinaciones de cobertura y apelaciones

Esta sesión le ayudará a:

- Identificar la cobertura de los medicamentos recetados de la
  - Parte A
  - Parte B
  - Parte D
- Le brindará un resumen sobre la elegibilidad y la inscripción
- Le permitirá comparar y escoger un plan
- Describe la Ayuda Adicional para pagar por dicha cobertura
- Analiza las determinaciones de cobertura y apelaciones

## Lecciones

1. Lo básico de la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados
2. La Parte D de Medicare
3. Elegibilidad e inscripción
4. Compare y escoja un plan
5. Ayuda adicional con los costos del plan de medicamentos
6. Determinación de cobertura y apelaciones

*La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados le explica:*

- Lo básico de la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados
- La Parte D de Medicare
- Elegibilidad e inscripción
- Cómo comparar y escoger un plan
- Ayuda adicional con los costos del plan de medicamentos
- Determinación de cobertura y apelaciones

## **Lección 1 - Lo básico de la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados**

- Lo básico de Medicare— Partes A, B, y D
- La cobertura de Medicare de las recetas médicas
- La cobertura en los centros de salud

Esta lección le explica:

- Lo básico de Medicare— Partes A, B, y D
- La cobertura de Medicare de las recetas médicas
- La cobertura en los centros de salud

| Medicare tiene cuatro Partes                               |                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Parte A – Seguro de hospital</b>                        | Ayuda a pagar la estadía en los hospitales y centros de enfermería especializada, el cuidado de hospicio y el cuidado de la salud en el hogar.                                                 |
| <b>Parte B – Seguro médico</b>                             | Ayuda a pagar los servicios médicos, la atención ambulatoria, el cuidado de la salud en el hogar y algunos servicios preventivos.                                                              |
| <b>Parte C – Planes Medicare Advantage</b>                 | Es otra manera de recibir los beneficios de Medicare. Combinan las Partes A y B. Frecuentemente incluyen la Parte D. Son ofrecidos por empresas privadas aprobadas y contratadas por Medicare. |
| <b>Parte D – Planes Medicare de Medicamentos Recetados</b> | Ayudan a cubrir los gastos de medicamentos. Son ofrecidos por empresas privadas aprobadas y contratadas por Medicare.                                                                          |
| 3/01/2011                                                  | La cobertura de Medicare de las recetas médicas 5                                                                                                                                              |

- Medicare cubre muchos tipos de servicios y los beneficiarios pueden escoger cómo recibir los beneficios. Medicare tiene cuatro partes.
- **Parte A (Seguro de hospital)** Ayuda a pagar la estadía en los hospitales y centros de enfermería especializada, el cuidado de hospicio y el cuidado de la salud en el hogar.
- **Parte B (Seguro médico)** Ayuda a pagar por los servicios necesarios por motivos médicos, tales como la atención ambulatoria, los servicios del médico, algunos servicios preventivos como las vacunas y exámenes, pruebas de diagnóstico, algunas terapias y el equipo médico duradero, como las sillas de ruedas y andadores.
- **Parte C (Medicare Advantage)** Es otra manera de recibir los beneficios de Medicare. Combinan las Partes A y B. Frecuentemente incluyen la Parte D (cobertura de las recetas médicas). Son ofrecidos por empresas privadas aprobadas por Medicare. Estos planes tienen que cubrir todos los servicios necesarios por motivos médicos. Sin embargo, los planes pueden cobrarle distintos coseguro, copagos o deducibles.
- **Parte D (Planes Medicare de Medicamentos Recetados)** Ayudan a pagar los medicamentos para pacientes ambulatorios y podrían ayudar a reducir los costos de los medicamentos y protegerlo contra el aumento de precios en el futuro.

## **La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados**

- La cobertura de las Partes A, B, o D depende de
  - El lugar donde reciba los servicios
    - Por ejemplo, en su hogar, internado en el hospital, en el departamento ambulatorio del hospital, en un centro de cirugía o en un centro de cuidado a largo plazo
  - Las indicaciones médicas
    - Por ejemplo, para tratar el cáncer
  - La necesidad de requisitos de cobertura especiales
    - Por ejemplo, los requisitos para los medicamentos inmunosupresores
- Los medicamentos deben ser necesarios por motivos médicos

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

6

- La cobertura de las recetas médicas a través de las Partes A, B o D de Medicare dependerá de:
  - El lugar donde reciba los servicios (Por ejemplo, en su hogar, internado en el hospital, en el departamento ambulatorio del hospital, en un centro de cirugía o en un centro de cuidado a largo plazo)
  - Las indicaciones o motivos por los que necesita el medicamentos (Por ejemplo, para el cáncer)
  - Cualquier requisitos especial de cobertura, como el de los medicamentos inmunosupresores

Esta información es válida para los beneficiarios que tienen el Medicare Original. Las personas inscritas en un plan Medicare Advantage (MA) (como un HMO o PPO) que ofrezca la cobertura de las recetas médicas, recibirán todos los servicios de salud y de medicamentos del plan. Los precios de los medicamentos en un plan MA variarán si usted tiene la Parte A, B o D de Medicare.

## Los medicamentos cubiertos por la Parte A

- Generalmente cubre todos los medicamentos mientras está internado:
  - En un hospital o Centro de Enfermería Especializada (SNF)
  - Recibe los medicamentos como parte del tratamiento
- La Parte B paga por algunos medicamentos cubiertos en el hospital y en un SNF
  - Si usted no tiene la Parte A o si ya ha usado su cobertura
  - La internación no está cubierta por la Parte A

- Los beneficiarios de Medicare internados en hospitales o Centros de Enfermería Especializada (SNF) pueden recibir los medicamentos como parte del tratamiento durante una estadía cubierta.
- Los pagos de la Parte A de Medicare hechos a hospital o SNF, generalmente cubren todos los medicamentos que le proporcionan durante la internación.
- La Parte B puede pagar a los hospitales y a los SNF por ciertas categorías de medicamentos cubiertos por la Parte B, si usted no tiene la Parte A, si la cobertura de la Parte A para la internación ha terminado, o si la estadía no está cubierta por la Parte A.

## Los medicamentos cubiertos por la Parte B

- La Parte B cubre un grupo limitado de medicamentos para pacientes ambulatorios
  - Medicamentos inyectables y para infusión
    - Que generalmente no son de auto-administración
    - Suministrados como parte del servicio médico
  - Proporcionados a través del Equipo Médico Duradero (DME) cubierto por la Parte B
  - Otro tipo de medicamentos

5/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

8

### Parte B—Seguro médico

- La Parte B cubre un grupo limitado de medicamentos como:
- Los medicamentos inyectables y de infusión, que generalmente no son de auto-administración y que se suministran como parte del servicio médico. Si la inyección se la aplica usted mismo (como Imitrex® para las migrañas) o no se la suministran como parte del servicio médico, la Parte B no la cubrirá.
  - Un número limitado de otros medicamentos ambulatorios. A falta de una norma nacional de cobertura de la Parte B, podrían haber diferencias en las políticas regionales para dicha cobertura.
- Si desea más información, consulte “Cómo cubre Medicare los medicamentos de auto administración que recibe en el departamento ambulatorio del hospital” publicación de CMS número 11333.



Para más información sobre las determinación de cobertura local y nacional de la Parte B, consulte el manual Determinación Nacional de Cobertura de Medicare en [http://www.cms.gov/manuals/downloads/ncd103c1\\_Part4.pdf](http://www.cms.gov/manuals/downloads/ncd103c1_Part4.pdf)

## La cobertura ambulatoria de la Parte B

- La Parte D puede pagar por los medicamentos del formulario
  - Si no lo admiten al hospital
  - Tal vez tenga que pagar por el medicamento y luego obtener un reembolso

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

9

### La cobertura ambulatoria de la Parte B

■ A veces, los beneficiarios de Medicare necesitan “medicamentos de auto-administración” (los que toma por usted mismo) mientras se encuentra en el departamento ambulatorio de un hospital. La Parte B generalmente no cubre los medicamentos de auto-administración a menos que sean parte de los servicios ambulatorios que recibe en el hospital. Si como paciente ambulatorio del hospital usted necesita un medicamento de auto-administración y la Parte B no lo cubre, el hospital podría cobrarle por el medicamento. Sin embargo, si usted está inscrito en un plan de la Parte D, el medicamento será cubierto.

- Generalmente, su plan Medicare solamente cubre los medicamentos recetados y no pagará por los de venta libre, como por ejemplo Tylenol® o Leche de Magnesias®.
- El medicamento que usted necesita debe estar en el formulario del plan (o debe estar cubierto como parte de un pedido de excepción)
- Normalmente usted no podrá obtener los medicamentos de auto-administración en el departamento ambulatorio o en la sala de emergencia del hospital.
- Su plan de recetas médicas se fijará si usted ha obtenido los medicamentos de auto-administración en una farmacia de la red.
- Si la farmacia del hospital no participa en la Parte D, usted tendrá que pagar el medicamento de su bolsillo y luego presentarle la reclamación a su plan de medicamentos.



Si desea más información, consulte “Cómo cubre Medicare los medicamentos de auto administración que recibe en el departamento ambulatorio del hospital” publicación de CMS número 11333.

## **Cobertura de la Parte B de los medicamentos para DME**

- Medicamentos administrados a través del DME cubierto por la Parte B
  - Como un nebulizador o una bomba
  - Sólo cuando se usa con un DME en el hogar del paciente
- El proveedor del suministro tiene que ser un proveedor de DME
  - En algunas zonas tiene que ser un proveedor contratado

- La Parte B de Medicare sólo cubre los medicamentos administrados a través de un artículo cubierto por la Parte B, por ejemplo, cuando se usa con un equipo médico duradero cubierto (DME por su sigla en inglés) (como ser un nebulizador o una bomba), en el hogar del paciente.
- Para que los medicamentos sean cubiertos por la Parte B de Medicare, la persona necesita elegir una farmacia o un proveedor de DME que participe en el programa de la Parte B de Medicare. Con el Programa de Oferta Competitiva DMEPOS, quizás tenga que usar en algunas zonas, un proveedor contratado. Usted debe preguntarle al abastecedor si está acreditado.
- Para que la Parte B de Medicare le cubra un medicamento en una situación particular, se tiene que cumplir todos los requisitos, por ejemplo, el medicamento tiene que seguir siendo necesario por razones médicas.

## La cobertura de la Parte B de los medicamentos recetados– Ciertos medicamentos orales

- Medicamentos orales con requisitos especiales para su cobertura
  - Medicamentos contra el cáncer (vea el Apéndice B)
  - Medicamentos antieméticos (náusea y vómito) (vea el Apéndice C)
  - Medicamentos inmunosupresores, en ciertas circunstancias

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

11

- La Parte B cubre tres categorías de medicamentos de administración oral (por boca) con requisitos especiales para su cobertura: medicamentos de administración oral para el cáncer, medicamentos antieméticos y en ciertas circunstancias, los medicamentos inmunosupresores.
- Los medicamentos cubiertos se mencionan en los Apéndices B y C y al final de esta presentación.

**Nota:** Para los centros de cuidado a largo plazo que no califican como el hogar del paciente, nosotros recomendamos que los proveedores que recetan medicamentos en las categorías anteriormente mencionadas, incluyan una orden escrita con el diagnóstico y la indicación del medicamento, tanto como una declaración del estatus, por ejemplo, “Asilo para Ancianos Parte B.”

## Lección 2 – La Parte D de Medicare

- La cobertura de Medicare de las recetas médicas
- Medicamentos cubiertos por la Parte D
- Cómo se suministran los medicamentos recetados

Esta lección le ofrece información sobre:

- La cobertura de Medicare de las recetas médicas
- Los medicamentos cubiertos por la Parte D
- Cómo se suministran los medicamentos recetados

## La cobertura de Medicare de las recetas médicas

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

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

15

- En el Medicare Original, si usted no tiene una cobertura válida de medicamentos (por ejemplo la cobertura de su empleador actual o antiguo o sindicato que sea al menos tan buena como la de Medicare), y usted desea obtener esta cobertura, debe inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.
- Estos planes son ofrecidos por compañías privadas contratadas por Medicare. Si usted no tiene una cobertura válida de medicamentos, debería inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados en cuanto sea elegible.
- Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez y más tarde decide hacerlo, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía.  
Los planes Medicare de medicamentos recetados son ofrecidos por las compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare.
- Hay dos tipos de planes de medicamentos:
  - Los planes Medicare de medicamentos recetados que le agregan cobertura a Medicare Original y a otros tipos de planes de Medicare.
  - Algunos planes Medicare Advantage (como un HMO o PPO) y otros planes de Medicare también ofrecen una cobertura Medicare de los medicamentos recetados.
- El término “Plan de Medicare de medicamentos recetados” se usa a lo largo de esta presentación para referirse a los planes de Medicare de medicamentos recetados y los planes Medicare Advantage u otros Planes de Medicare con cobertura de los medicamentos recetados.

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

## Planes Medicare de medicamentos recetados

- Tienen flexibilidad para diseñar los beneficios
- Pueden ofrecer otros beneficios o beneficios mejorados
- Los beneficios y los precios pueden cambiar cada año
- Deben ofrecer como mínimo el nivel estándar de cobertura

- Los planes tienen flexibilidad para diseñar sus beneficios, siempre que la cobertura que ofrezcan sea al menos tan buena como la de CMS.
- La mayoría de los planes ofrecen distintas estructuras de beneficios, incluidos los niveles o categorías, copagos y/o deducibles más bajos. Los planes mejorados pueden ofrecer la cobertura de los medicamentos genéricos y/o de marca durante la interrupción, y hasta podrían pagar por los medicamentos que no cubre la Parte D.
- Los beneficios y precios pueden cambiar cada año.
- Los planes deben ofrecer por lo menos el nivel estándar de cobertura. El beneficio estándar para el 2011 se menciona en el cuadro de la página siguiente.
- En el 2011 los miembros pagan un costo compartido del 50% por los medicamentos de marca y el 7% por los genéricos durante la interrupción en la cobertura. Esta cantidad seguirá disminuyendo hasta el 2020, año en que la interrupción de la cobertura dejará de existir.

## Los medicamentos cubiertos por la Parte D

- Medicamentos de marca y genéricos
- Aprobados por la FDA
- Vendidos y usados en los EE.UU.
- Utilizados para indicaciones médicamente aceptadas
- Incluye medicamentos, biológicos e insulina
  - Suministros para inyecciones o inhalaciones

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

17

- Los planes Medicare de medicamentos recetados cubren los medicamentos de marca y los genéricos. Para que Medicare pague por el medicamento, el mismo sólo podrá obtenerse con una receta médica, debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA por su sigla en inglés), tiene que ser usado y vendido en los Estados Unidos y debe ser usado para una indicación aceptada médicamente.
- Las medicinas cubiertas incluyen los medicamentos recetados, productos biológicos y la insulina. Los suministros asociados con las inyecciones de insulina, por ejemplo, agujas, gasa y alcohol, también son cubiertos. CMS también ha aclarado que los suministros asociados con la inhalación de insulina pueden estar cubiertos por los planes de la Parte D.

**Aviso:** Hay algunos medicamentos viejos que no pasaron por el proceso de aprobación de la FDA. Si al revisar sus formularios los planes detectan estos medicamentos los retirarán.

## Acceso a los medicamentos cubiertos

- Los planes tienen que cubrir una gama de medicamentos en cada categoría
- La cobertura y las normas varían por plan
- Los planes pueden administrar el acceso a la cobertura de los medicamentos a través de
  - Formularios (lista de medicamentos cubiertos)
  - Autorización previa (el médico lo pide antes de un servicio)
  - Terapia en etapas/ pasos (un tipo de autorización previa)
  - Límites en la cantidad (limita la cantidad por un período de tiempo)

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

18

- Los planes tienen que cubrir una gama de medicamentos en las categorías y clases más comunes. Esto ayuda a garantizar que las personas con distintas condiciones médicas estén recibiendo los medicamentos recetados que necesitan. La lista de medicamentos recetados quizás no incluya su medicamento específico. Sin embargo, en la mayoría de los casos, hay un medicamento similar disponible. Si usted o la persona que le escribe la receta (su médico u otro proveedor de salud que puede legalmente recetarle la medicina), cree que ninguno de los medicamentos en la lista de su plan sirve para tratar su condición, usted puede pedir una excepción.
- La cobertura y las normas varían según el plan, lo cual puede afectar la cantidad que paga el beneficiario.
- Algunos métodos (normas) que usa el plan para administrar el acceso de los beneficiarios a la cobertura de los medicamentos incluyen:
  - Formularios (lista de medicamentos cubiertos)
  - Autorización previa (el médico lo pide antes de un servicio)
  - Terapia en etapas/pasos (un tipo de autorización previa)
  - Límites en la cantidad (limita la cantidad por un periodo de tiempo)

## Cobertura obligatoria

- “Todos” los medicamentos en 6 categorías
  - Medicamentos para el cáncer
  - Tratamientos para el VIH/SIDA
  - Antidepresivos
  - Medicamentos antisicóticos
  - Tratamientos anticonvulsivos para la epilepsia y otras condiciones
  - Inmunosupresores

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

20

La Ley de Atención Médica Asequible ha cambiado el requisito de que Medicare cubra “todos o casi todos” los medicamentos en las 6 categorías, por el requisito de que Medicare cubra “todos” los medicamentos en las 6 categorías para tratar ciertas condiciones:

- Medicamentos para el cáncer
- Tratamientos para el VIH/SIDA
- Antidepresivos
- Medicamentos antisicóticos
- Tratamientos anticonvulsivos para la epilepsia y otras condiciones
- Inmunosupresores

Vea los apéndices B-D para obtener la lista de medicamentos orales para el cáncer y medicamentos antieméticos orales que deben usarse dentro de las 48 hrs. de la quimioterapia, y de los medicamentos inmunosupresores.



Para más información sobre los medicamentos cubiertos por la Parte B y la Parte D, visite [www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/](http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/).

## Vacunas

- Todos los planes de la Parte D deben cubrir:
  - Todas las vacunas disponibles comercialmente (como la vacuna del herpes zoster)
  - Excepto aquellas cubiertas por la Parte B (gripe)
- Si desea más información, llame al plan

- Los planes de la Parte D deben incluir en sus formularios, todas las vacunas disponibles comercialmente incluida la del herpes zoster (pero no aquellas como la de la gripe o la neumocócica que están cubiertas por la Parte B).
- El beneficiario o el proveedor puede comunicarse con el plan para obtener más información sobre la cobertura de las vacunas y para proporcionarle al plan cualquier información que pudiera necesitar.

## Los medicamentos que no cubre la Parte D

- Los medicamentos cubiertos por las Partes A y B
  - A menos que no cumplan los requisitos de cobertura de las Partes A y B
- El plan, si lo desea puede cubrir los medicamentos excluidos
  - Y pagar por ellos
  - Compartir el costo con los miembros

- La Parte D solamente puede pagar por los medicamentos cubiertos por las Partes A y B si la persona no cumple los requisitos de cobertura de las Partes A y B.
  - Los medicamentos cubiertos por la Parte B incluyen los inmunosupresores que se usan después de un trasplante, algunos medicamentos orales para el cáncer, los factores de coagulación para la hemofilia y otros que no son de auto-administración.
- Los planes podrían cubrir los medicamentos excluidos a su propio costo o compartiendo el costo con los miembros.
- El Apéndice E incluye la lista de estos medicamentos.

## Formulario

- Una lista de los medicamentos cubiertos por el plan
- Puede tener “niveles” con precios distintos

| Modelo de estructura por nivel/categoría                                                                   |                               |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Nivel                                                                                                      | Usted Paga                    | Medicamento recetado cubierto |
| 1                                                                                                          | El copago más bajo            | La mayoría de los genéricos   |
| 2                                                                                                          | Un copago mediano             | De marca preferidos           |
| 3                                                                                                          | Un copago más alto            | De marca no preferidos        |
| Especialidad                                                                                               | El copago o coseguro más alto | Únicos, costo muy alto        |
| <div> <div>5/01/2011</div> <div>La cobertura de Medicare de las recetas médicas</div> <div>23</div> </div> |                               |                               |

- Cada plan de Medicare de medicamentos tiene una lista de los medicamentos recetados que cubre llamada formulario. Los planes cubren tanto los medicamentos de marca y los genéricos.
- Cada formulario tiene que incluir una gama de medicamentos en las categorías o clases recetadas. Para ofrecerle un costo más bajo, muchos planes clasifican a los medicamentos en distintos “niveles”, que tienen precios diferentes. Cada plan puede formar sus niveles de distintas maneras.
- El siguiente es un ejemplo de cómo el plan puede organizar sus “Niveles”
  - **Nivel 1–Medicamentos genéricos** (son los que cuestan menos) – Son iguales a los de marca en cuanto a los ingredientes activos, la dosis, seguridad, potencia, el modo en que deben tomarse, el funcionamiento en su cuerpo, la calidad y para lo que se usan. Son seguros y eficaces, y tienen los mismos riesgos y beneficios que los medicamentos originales de marca. Los medicamentos genéricos son más baratos debido a la competencia del mercado. Estos medicamentos han sido analizados cuidadosamente y deben estar aprobados por la FDA. Hoy en día, casi la mitad de todos los medicamentos en los Estados Unidos se obtienen en la versión genérica. En algunos casos, tal vez no haya una versión genérica disponible para el medicamento de marca que usted toma. Hable con su médico.
  - **Nivel 2–Medicamentos de marca preferidos.** Los medicamentos del Nivel 2 cuestan más que los del Nivel 1.
  - **Nivel 3–Medicamentos de marca no preferidos.** Los medicamentos del Nivel 3 cuestan más que los del Nivel 2.
  - **Especialidad**– Estos medicamentos son únicos en su tipo y cuestan caro.

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

## Autorización previa

- El médico debe comunicarse con el plan para obtener una autorización previa
  - Antes de que el plan pague por el medicamento
  - Debe demostrar que ese medicamento en particular es necesario por razones médicas
- Pregúntele al plan sobre los requisitos para una autorización previa
  - Este proceso puede variar en cada plan

- Los planes pueden tener normas que requieran una autorización previa. La autorización previa significa que antes de que el plan cubra una receta, su médico primero tiene que comunicarse con el plan. Para que el plan pague por el medicamento, el médico tiene que demostrar que usted necesita ese medicamento específico por motivos médicos. Los planes hacen esto para asegurarse de que los medicamentos sean usados de la manera correcta y solamente cuando sean necesarios.
- Los beneficiarios actuales o potenciales o sus representantes pueden pedirle los requisitos de autorización previa al plan para averiguar qué necesitan para obtener un medicamento o para proveerle esta información a su médico. Los requisitos para la autorización previa también se pueden encontrar en la página Web de los patrocinadores de los planes de la Parte D.

## Terapia en etapas/pasos

- Un tipo de autorización previa
- La persona tiene que probar primero un medicamento más barato que haya sido eficaz para tratar un problema de salud específico
- Su doctor puede pedir una excepción si
  - Ha probado un medicamento parecido, más barato y no le resultó o
  - Un medicamento de la terapia en etapas/pasos es necesario por razones médicas

- La terapia en pasos es un tipo de autorización previa. Con la terapia a pasos, en la mayoría de los casos, las personas tienen que probar con un medicamento parecido, más barato cuya eficacia ha sido demostrada para tratar a la mayoría de las personas con una condición médica específica. Por ejemplo, algunos planes requieren que sus miembros prueben primero un medicamento genérico (si está disponible), luego un medicamento de marca más barato que esté en el formulario antes de cubrir el medicamento de marca más caro.
- Sin embargo, si un miembro ya ha probado un medicamento parecido, más barato que no le resultó, o si el médico cree que por motivos médicos es necesario que tome el medicamento de la terapia en pasos (el medicamento que le recetaron originalmente), el beneficiario (con la ayuda del médico) puede comunicarse con el plan para pedirle una excepción. Si le aprueban el pedido, el plan cubrirá el medicamento recetado originalmente.

## Ejemplo de terapia en etapas/pasos

### Paso 1

El Dr. Smith quiere recetarle al Sr. Sosa una nueva píldora para tratarle la insomnia. Hay más de un tipo de píldora para dormir. Algunas de ellas son medicamentos de marca solamente. Las normas del plan requieren que el Sr. Sosa primero intente con el medicamento genérico zolpidem. Para la mayoría de las personas zolpidem funciona tan bien como el medicamento de marca.

### Paso 2

Si el Sr. Sosa tiene efectos adversos al usar zolpidem, el Dr. Smith le puede brindar al plan la información necesaria para que aprueben la cobertura del medicamento de marca. Si se lo aprueban, su plan Medicare de medicamentos recetados pagará por el medicamento de marca.

- Ejemplo de terapia en etapas/pasos:
- Paso 1 - El Dr. Smith quiere recetarle al Sr. Sosa una nueva píldora para tratarle la insomnia. Hay más de un tipo de píldora para dormir. Algunas de ellas son medicamentos de marca solamente. Las normas del plan requieren que el Sr. Sosa primero intente con el medicamento genérico zolpidem. Para la mayoría de las personas zolpidem funciona tan bien como el medicamento de marca.
- Paso 2 - Si el Sr. Sosa tiene efectos adversos al usar zolpidem, el Dr. Smith le puede brindar al plan la información necesaria para que aprueben la cobertura del medicamento de marca. Si se lo aprueban, su plan Medicare de medicamentos recetados pagará por el medicamento de marca.

## Límites de cantidad

- Los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren
  - Durante cierto período de tiempo
  - Por razones de seguridad y/o costo

- Por razones de seguridad y costo, los planes quizás limiten la cantidad de medicamentos que cubren en cierto período de tiempo.
- Si usted necesita más, entonces su médico tendrá que comunicarse con el plan para pedirle una excepción si cree que la cantidad adicional es necesaria por razones médicas. Si se lo aprueban, la cantidad recetada por su médico será cubierta.

## Cambios al formulario

- Los planes pueden cambiar las categorías y las clases
  - Sólo al principio de cada año del plan
    - El año del plan es de enero a diciembre
  - Pueden realizar cambios de mantenimiento durante el año
- El plan le tiene que avisar 60 días antes de cualquier cambio
  - Puede tomar sus medicamentos hasta el final del año
  - Puede pedir una excepción si los otros medicamentos no funcionan
- El plan puede quitar un medicamento que haya sido retirado del mercado
  - Por el fabricante o la Administración de Alimentos y Fármacos sin darle 60 días de aviso

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

28

- CMS les ha dado instrucciones a los planes de la Parte D de no cambiar sus categorías y clases terapéuticas del formulario fuera del inicio del año, excepto para explicar nuevos usos terapéuticos y nuevos medicamentos aprobados. Un año del plan es un año calendario, de enero a diciembre.
- Los planes de la Parte D pueden realizar cambios de mantenimiento en sus formularios, por ejemplo, pueden reemplazar un medicamento de marca con uno genérico o modificar el formulario como resultado de nueva información acerca de la seguridad o eficacia del medicamento. Estos cambios deben ser realizados de acuerdo con el procedimiento de receta aprobado y seguidos de un aviso en 60 días a CMS, SPAP, los médicos, las farmacias de la red, los farmacéuticos y los miembros afectados.
- CMS ha dado instrucciones a los planes de Medicare por las cuales, a ningún beneficiario de un plan se le debe terminar o reducir la cobertura de un medicamento que esté tomando hasta el final del año. Sin embargo, esto no se aplica a los medicamentos que fueron quitados del formulario porque fueron retirados del mercado por el fabricante o la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA por su sigla en inglés). Los planes de la Parte D no tienen la obligación de obtener aprobación de CMS o dar 60 días de aviso cuando están sacando un medicamento del formulario que ha sido retirado del mercado por la FDA o por el fabricante del producto.

## Los costos de las recetas médicas

- Varían según el plan
- En el 2011 la mayoría de los beneficiarios pagarán
  - Una prima mensual
  - Un deducible anual
  - Copagos o coseguro
  - El 50% del precio de los medicamentos de marca durante la interrupción en la cobertura
  - Un descuento de 7% en los medicamentos genéricos durante la interrupción en la cobertura
  - Después de haber gastado \$4,550 de su bolsillo, usted pagará muy poco

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

29

- Los costos varían según el plan. La mayoría de los beneficiarios paga una prima mensual por la cobertura. También tienen que pagar su parte del precio de los medicamentos (el deducible, copagos y/o coseguro). Todos los planes deben ofrecer como mínimo el nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Sin embargo, algunos planes podrían ofrecer más cobertura y medicamentos por una prima más cara. En cada plan, una vez que usted haya gastado en medicamentos \$4,550 de su bolsillo (incluye los pagos de otras partes y el descuento del 50% pagado por el plan durante la interrupción en la cobertura) en el 2011, pagará por cada receta médica el 5% (o un copago pequeño) por el resto del año.
- Los beneficiarios con ingresos y recursos limitados podrían obtener la “Ayuda Adicional” para pagar los costos de cobertura de las recetas médicas.
- La Ley de Atención Médica Asequible (a bajo precio) incluye beneficios que hacen que la Parte D sea más accesible. A partir del 1 de enero de 2011, si usted llega a la interrupción en la cobertura (conocida en inglés como “donut hole”) recibirá:
  - Un descuento de 50% en los medicamentos de marca cubiertos cuando los compre en una farmacia o los pida por correo.
  - Un descuento del 7% para algunos medicamentos genéricos. Por los diez próximos años los descuentos durante la interrupción en la cobertura continuarán hasta el 2020 año en el que se termine definitivamente la interrupción.

## Estructura estándar en el 2011

La Sra. Torres se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados. La cobertura comenzó en enero de 2011. La Sra. Torres no recibe la "Ayuda Adicional" y cuando compra sus medicamentos usa la tarjeta del plan.

Prima mensual— La Sra. Torres paga esta prima mensual todo el año.

| 1. Deducible anual<br>Los primeros \$310                                                              | 2. Copago o coseguro<br>25%                                                                                                                         | 3. Interrupción en la cobertura<br>100%                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4. Cobertura catastrófica<br>5%                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La Sra. Torres paga los primeros \$310 en medicamentos antes de que el plan empiece a pagar su parte. | La Sra. Torres paga un copago y el plan una parte de cada medicamento cubierto, hasta que la cantidad combinada (más el deducible) llegue a \$2,840 | Una vez que la Sra. Torres y su plan hayan gastado \$2,840 en medicamentos cubiertos, ella estará en la interrupción en la cobertura. En el 2011 se le dará un descuento del 50% para los medicamentos de marca, y el mismo contará para los gastos del bolsillo y le ayudará a salir de la interrupción. | Después que la Sra. Torres haya gastado \$4,550 out-of-pocket terminará su interrupción en la cobertura. De ahora en más solo pagará un copago pequeño por cada receta por el resto del año. |

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

30

Este ejemplo le muestra lo que pagaría una persona en un plan Medicare de medicamentos recetados estándar. Realmente muy pocos planes siguen este diseño, ya que los costos de los mismo varían.

- **Prima mensual** — cambia según el plan. Usted tiene que seguir pagando la prima de la Parte B (si la tiene). Si está inscrito en un plan de salud de Medicare (como un HMO o un Plan Medicare de Costos) que ofrece la cobertura de las recetas médicas, la prima del plan puede incluir la cobertura de los medicamentos recetados.
- **Deducible anual (\$310 en el 2011)**—Lo que usted debe gastar en sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. Algunos planes no tienen un deducible.
- **Copagos o coseguro (usted paga el 25%)**— La parte que le corresponde pagar por sus medicamentos después de haber pagado el deducible. El plan pagará la parte que le corresponde.
- **Interrupción en la cobertura (usted paga el 100%)**—La mayoría de los planes tienen una interrupción en la cobertura, la misma comienza cuando usted y su plan hayan gastado una cierta cantidad en medicamentos cubiertos (\$2840 en el 2011). Usted recibirá en el 2011 un descuento del 50% en los medicamentos de marca, que contará para el límite anual de gastos de su bolsillo y le ayudará a salir de la interrupción.
- **Cobertura catastrófica (usted paga el 5%)**—Una vez que haya llegado al límite de gastos de su bolsillo, obtendrá la "cobertura catastrófica" y solamente pagará un coseguro o copago pequeño por cada receta cubierta, por el resto del año.  
**Nota:** Si usted recibe la "Ayuda Adicional" no tendrá una interrupción en su cobertura, y una vez que llegue a la cobertura catastrófica pagará una cantidad pequeña o nada por cada medicamento.



**Referencia:** Página 77 del manual *Medicare y Usted* (Producto de CMS No. 10050).

## La prima de los planes Medicare de medicamentos recetados

- Cuanto más alto sea su ingreso, más cara será la prima de la Parte D
  - Usa los mismos límites que se utilizan para calcular los ajustes a la prima de la Parte B basados en sus ingresos
    - Tal y como figuran en su declaración de impuestos de hace 2 años
- Vigente desde enero de 2011
- Debe pagarla si tiene la cobertura de la Parte D

Nuevo  
en el  
2011

5/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

31

- Reducción del subsidio de la prima de la Parte D para los beneficiarios de altos ingresos – a partir de enero de 2011, esta reglamentación ajusta las primas de la Parte D (por ejemplo, reduce las contribuciones gubernamentales a las primas) para los beneficiarios de altos ingresos según una escal móvil. Los límites de ingresos y los porcentajes de las reducciones en las contribuciones gubernamentales para las primas, son los mismos que los utilizados para calcular la prima de la Parte B ajustada según el ingreso. Se le ha instruido a CMS para que le informe anualmente al Seguro Social cuál es la prima promedio nacional para la Parte D, para calcular el monto del ajuste de la prima y los límites de ingresos.
- SSA identificará a los beneficiarios a los que se les debe ajustar la prima, de acuerdo a sus ingresos obtenidos de las declaración del impuestos presentada al IRS; y deducirá el monto del ajuste del pago del Seguro Social (por ejemplo, las primas que les cobra la Parte D no cambiarán como resultado de esta reglamentación).
- Si usted no cobra suficiente dinero del Seguro Social para que le hagan esta deducción, CMS o RRB le mandarán una factura mensual por dicha cantidad. Por lo tanto, algunas personas le pagarán al plan la prima mensual y a CMS o a RRB la cantidad del IRMAA (Monto del ajuste según el ingreso) mensualmente. (El monto de la IRMAA de la Parte D se le paga directamente al gobierno en vez de pagarle al plan.)
- Los beneficiarios a quienes se les aplica el monto de IRMAA de la Parte D, deben pagar esta cantidad además de la prima mensual del plan. Esto también incluye a los beneficiarios que tiene la cobertura de la Parte D a través de su empleador (pero no incluye a los que reciben el Subsidio de Medicamentos para Jubilados (RDS) u otra cobertura válida de medicamentos).



Referencia: Administración del Seguro Social, Publicación No. 05-10161 enero 2010



Consulte la Sección 3308 de la Ley de Atención Médica Asequible (de bajo costo).

## Ajuste a la prima de la Parte D basada en el ingreso

| Si su ingreso anual en el 2009 fue  |                                   | En el 2011 usted paga                              |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|
| Declaración de impuestos individual | Declaración de impuestos conjunta |                                                    |
| \$85,000 o menos                    | \$170,000 o menos                 | Prima promedio (BP)                                |
| \$85,000.01 – \$107,000             | \$170,000.01 – \$214,000          | BP + \$12.00                                       |
| \$107,000.01 – \$160,000            | \$214,000.01 – \$320,000          | BP + \$31.10                                       |
| \$160,000.01 – \$214,000            | \$320,000.01 – \$428,000          | BP + \$50.10                                       |
| \$214,000.01 o más                  | \$428,000.01 o más                | BP + \$69.10                                       |
| *por mes                            |                                   |                                                    |
| 5/01/2011                           |                                   | La cobertura de Medicare de las recetas médicas 32 |

- Si su ingreso anual en el 2009 fue de 85 mil o menos (individual) o \$170 mil o menos (pareja), usted paga la prima promedio nacional.
- Usted paga una prima más cara, basada en su ingreso anual, si en el 2009 su ingreso fue más de 85 mil si es un individuo ó \$170 mil si es una pareja. La cantidad del IRMAA se actualiza cada año dado que se calcula a partir de la prima promedio nacional.

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

| Lo que se tiene en cuenta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que NO se tiene en cuenta                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos del beneficiario al plan</li> <li>• Pagos de familiares o terceros</li> <li>• La mayoría de los Programas de Ayuda Farmacéutica</li> <li>• La "Ayuda Adicional"</li> <li>• Caridades (no cuentan si están creadas/controladas por su empleador o sindicato actual y antiguo)</li> <li>• Los Servicios de Salud para Indígenas</li> <li>• Programas de ayuda con los medicamentos para el SIDA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes de salud grupales (incluido el seguro de empleador o sindicato para jubilados)</li> <li>• Programas subsidiados por el gobierno (incluido TRICARE y VA)</li> <li>• Los programa de ayuda a los pacientes</li> <li>• Otros pagos de terceros</li> </ul> |

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

33

- A veces, a los gastos de su bolsillo se les conoce como "gastos reales del bolsillo" o TrOOP.
- Los pagos que cuentan para los TrOOP incluyen :
  - los pagos del miembro del plan
  - de un familiar o tercero
  - de la mayoría de los Programas de Ayuda Farmacéutica (SPAPs)
  - la "Ayuda Adicional" (subsidio por bajos ingresos)
  - Los programas de beneficencia, a menos que hayan sido establecidos, administrados o controlados por su empleador o sindicato actual o anterior
  - A partir del 1 de enero de 2011, los Servicios de Salud para Indígenas y los Programas de Ayuda con los Medicamentos para el SIDA se tendrán en cuenta según lo estipulado por la sección 3314 de la Ley de Atención Médica Asequible
  - Las empresas farmacéuticas que ofrecen descuentos durante la interrupción en la cobertura
- Los pagos que NO cuentan para los TrOOP incluyen :
  - Los planes de salud grupales, incluida la cobertura de jubilados de su empleador o sindicato
  - Los programas subsidiados por el gobierno como TRIACARE y VA
  - Los Programas de Ayuda al Paciente (PAPs) patrocinados por las empresas farmacéuticas que ofrecen productos con descuentos imputables. Las personas que tienen la cobertura de Medicare de las recetas médicas también pueden beneficiarse con estos programas aunque la ayuda que obtengan no se tendrá en cuenta para los TrOOP. Los PAP pueden cobrarle un copago pequeño cuando le brinden esta ayuda en productos, y el monto del copago contará para los TrOOP. El beneficiario de Medicare tendrá que enviarle una reclamación a su plan de medicamentos recetados y el recibo del copago. (Para obtener una lista de los PAP visite [www.rxassist.org](http://www.rxassist.org). Haga clic en "Más recursos" y luego en el "Directorio de los Programas de Ayuda al Paciente".)
  - Otros pagos de terceros
- Si tiene preguntas sobre la interrupción en la cobertura o sobre los TrOOP, puede:
  - Llamar al plan
  - Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
  - Visitar [http://www.cms.gov/PrescriptionDrugCovContra/12\\_PartDManuals.asp](http://www.cms.gov/PrescriptionDrugCovContra/12_PartDManuals.asp) (Capítulo 14 del manual "La cobertura de Medicare de las recetas médicas")
  - Llamar a su farmacéutico
  - Llamar a la oficina estatal de ayuda médica

## Si cambia su medicamento

- Obtenga información actualizada del plan
  - Por teléfono o en el sitio Web del plan
- Entréguele a su médico una copia del formulario del plan
- Si el medicamento nuevo no está en el formulario
  - Puede pedirle al plan una determinación de cobertura
  - Si el plan no lo cubre, tal vez tenga que pagarlo de su bolsillo

- Si el médico tiene que cambiarle un medicamento o le receta uno nuevo, el beneficiario debe entregarle al médico una copia del formulario del plan. La lista de los medicamentos cubiertos (formulario) y los precios pueden cambiar. El beneficiario puede obtener la información actualizada llamando al plan o en el sitio Web.
- Si el médico tiene que recetarle un medicamento que no está en el formulario de su plan y usted no tiene otro seguro que cubra las recetas médicas, puede solicitarle al plan una determinación de cobertura. Más adelante trataremos el tema.
- Si el plan no paga por un medicamento específico, tal vez tenga que pagarlo usted de su bolsillo.

## Sus derechos

- El plan no cubre un medicamento o
- El medicamento cuesta más de lo que usted creer que tendría que pagar
  - Siga el proceso del plan para pedir una determinación de cobertura
  - Pida una excepción (un tipo de determinación de cobertura)
  - Usted puede apelar si le niegan el pedido
  - Si la farmacia de la red no puede entregarle el medicamento tal y como fue recetado, el farmacéutico le dirá cómo comunicarse con su plan

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

33

- Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados y no cubre un medicamento que necesita, usted tiene el derecho de:
- Recibir una explicación por escrito (llamada “determinación de cobertura”) de su plan de medicamentos recetados si no cubre o no paga por un medicamento que necesita o si le piden que pague un costo compartido mayor.
- Pedirle una excepción (que es un tipo de determinación de cobertura) a su plan de medicamentos recetados. Si pide una excepción, su médico u otro proveedor tiene que enviarle a su plan una declaración que explique la razón médica por la cual está pidiendo la excepción (por ejemplo, el motivo por el cual un medicamento similar cubierto por el plan no funcionaría para tratar su condición o hasta le podría hacer mal). Usted puede pedir una excepción por las siguientes razones:
  - Usted o su médico cree que necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos por su plan.
  - Usted o su médico cree que una norma de cobertura (por ejemplo, la terapia en pasos/etapas) no debe ser aplicada.
  - Usted cree que debe recibir un medicamento no preferido con un copago más bajo, debido a que no puede tomar ninguno de los medicamentos alternativos de la lista de medicamentos preferidos de su plan.
- Usted o su médico debe comunicarse con su plan para pedir una determinación de cobertura. Si su farmacia de la red no puede despacharle una receta como está escrita, el farmacéutico le dará o le mostrará una notificación que le explica cómo comunicarse con su plan para hacer su reclamo.

## Determinaciones de cobertura

- **Determinación de cobertura del plan de la Parte D**
  - Puede depender de la información de los médicos
    - No debe reemplazar el proceso del plan
  - Los farmacéuticos ayudan en determinar el estatus de la Parte D
    - Explican los requisitos de las autorizaciones previas
    - Le otorgan más información al plan

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

36

- Los planes de la Parte D pueden depender de la información que les incluyen los médicos en la receta para tomar determinaciones de cobertura, así como obtienen información parecida directamente del médico, a través de los formularios de autorizaciones previas (por ejemplo, información sobre un diagnóstico para determinar si la receta está relacionada con un trasplante cubierto por Medicare, un sitio de cuidado a largo plazo, etc.)
- Esta información es para facilitar, no reemplazar, el actual proceso del plan para tomar una determinación de cobertura. Los farmacéuticos quizás tengan que explicarle a los beneficiarios cómo cumplir los requisitos de autorización previa. También tienen que brindarle al patrocinador de la Parte D información adicional que establezca que el medicamento está cubierto por la Parte D.
- Para conseguir una determinación de cobertura, usted puede:
  - Pagar por la receta, guardar su recibo y pedirle al plan que le reembolse el dinero a través de una determinación de cobertura.
  - Pedir una determinación de cobertura si su plan requiere que intente usar otro medicamento antes de que el plan pague por el medicamento que le recetaron, o si hay un límite en la cantidad o la dosis del medicamento recetado y usted no está de acuerdo con dicho requisito.
- Un pedido estándar de determinación de cobertura (incluida una excepción), debe hacerse por escrito (a menos que su plan acepte el pedido por teléfono). Usted o su médico también puede llamar o escribirle a su plan para solicitar una decisión acelerada (rápida). Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura de su plan de medicamentos recetados o sobre la excepción, tiene el derecho de apelar la decisión. La decisión escrita de su plan le explicará cómo solicitar una apelación. Debe leer esta carta atentamente y llamar a su plan si tiene alguna pregunta.

## Lección 3 – Elegibilidad e inscripción

- **Requisitos de elegibilidad**
- **Cuándo debe inscribirse**
- **Multa por inscribirse tarde**
- **Cobertura válida de medicamentos**

- En Elegibilidad e Inscripción le explicaremos:
- Los requisitos de elegibilidad
- Cuándo debe inscribirse
- La multa por inscribirse tarde
- La cobertura válida de medicamentos

## Requisitos de elegibilidad de la Parte D

- Para poder inscribirse en un plan de medicamentos recetados
  - Tiene que tener la Parte A **y/o** la Parte B de Medicare
- Para poder inscribirse en un plan Medicare Advantage con cobertura de los medicamentos recetados
  - Tiene que tener la Parte A **y** la Parte B
- Tiene que vivir en el área de servicio del plan
  - No debe estar en prisión
- **Tiene** que estar inscrito en un plan

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

39

- Cualquier persona que tenga la Parte A de Medicare (Seguro de hospital) o la Parte B de Medicare (Seguro médico), o ambas y que viva en la zona de servicio del plan es elegible para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Para recibir dicha cobertura a través de un plan Medicare Advantage, por lo general la persona tiene que tener La Parte A y la Parte B de Medicare.
- Cada plan tiene su propia zona de servicio y las personas tienen que vivir en esa zona para poder inscribirse en el plan. Las personas en los territorios estadounidenses incluyendo la Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana, Puerto Rico, las Islas Marianas del Norte pueden inscribirse.
- Las personas que viven fuera de los Estados Unidos y sus territorios o que están presas no son elegibles para inscribirse en un plan, por lo tanto no pueden recibir esta cobertura.
- Es importante que sepa que la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados no es automática. Para obtenerla, usted debe inscribirse en un plan de medicamentos. Por lo tanto, si bien todas las personas con Medicare pueden tener esta cobertura, la mayoría debe inscribirse para recibirla. Más adelante en este módulo, hablaremos del proceso inscripción automática y facilitada para las personas elegibles para la Ayuda Adicional.
- Usted solamente puede inscribirse y ser miembro de un plan Medicare de medicamentos recetados a la vez.

| ¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan Medicare de medicamentos recetados? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Período Inicial de Elección (IEP)                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Un período de 7 meses</li> <li>Comienza 3 meses antes del mes en que es elegible</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Período Anual de Elección Coordinado (AEP)                                      | Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año – los cambios entran en Vigencia el 1 de enero – <b>Fechas nuevas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Período Anual de Cancelación                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>A partir del 2011, entre el 1 de enero y el 14 de febrero, usted puede cancelar su plan MA y cambiarse al Medicare Original. Si hace el cambio, también podrá inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, para agregar dicha cobertura. La misma comenzará el primer día del mes siguientes a que el plan reciba su formulario de inscripción.</li> </ul> |
| 5/01/2011 La cobertura de Medicare de las recetas médicas 40                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

- Las personas pueden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando son elegibles por primera vez para Medicare, por ejemplo, durante el Período Inicial de Elección, que comienza 3 meses antes del mes en que es elegible para las Partes A y B de Medicare. Una vez que se haya inscrito en un plan de medicamentos debe permanecer en el plan por el resto del año.
- Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados durante el Período Anual de Elección Coordinado, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Los cambios entran en vigencia el 1 de enero del año siguiente. También puede cancelar o cambiar de plan de la Parte D durante el Período Anual de Elección Coordinado.
- En el 2011 empezó el Período Anual de Cancelación.
- Entre el 1 de enero y el 14 de febrero, usted puede cancelar su plan MA y regresar al Medicare Original. Si lo hace, también puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para agregar la cobertura de las recetas médicas. La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud.



Vea la Sección 3204 de la Ley de Atención Médica Asequible (de bajo costo).

## ¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan Medicare de medicamentos recetados?

(continuación)

### Período Especial de Inscripción (SEP)

- Si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan
- Si pierde su cobertura válida de medicamentos
- Si no le explicaron correctamente que su otra cobertura no era válida/fue reducida y ya no se la considera válida
- Ingresó, vive o deja una dependencia de cuidado a largo plazo
- Si es elegible para la Ayuda Adicional, usted tendrá un SEP continuamente
- O en circunstancias especiales

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

41

- En ciertas situaciones se le puede otorgar un Período Especial de Inscripción, por ejemplo:
  - Si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan
  - Si pierde su cobertura válida de medicamentos
  - Si no le explicaron correctamente que su otra cobertura no era válida o que la misma fue reducida y ya no se la considera válida
  - Cuando ingresa, vive o deja una dependencia de cuidado a largo plazo, como un asilo para ancianos
  - Si es elegible para recibir la Ayuda Adicional, tendrá un SEP continuado y podrá cambiar de plan de medicamentos recetados en cualquier momento
  - O en circunstancias especiales, por ejemplo, si ya no cumple los requisitos para la Ayuda Adicional

## Nuevo Período Especial de Inscripción

- Usted puede inscribirse en un plan MA de 5 estrellas
  - Solamente si ya está inscrito en un plan MA que tiene una calificación de 4.5 ó menos o
  - Inscrito en el Medicare Original pero es elegible para un MA
- Puede inscribirse en cualquier momento del año
  - Una vez al año
- El nuevo plan entra en vigencia el primer día del mes después de su inscripción
- En vigencia desde el 8 de diciembre de 2011

Nuevo  
en el  
2011

5/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

42

- CMS ha anunciado un nuevo Período Especial de Inscripción (SEP) que les permitirá a los beneficiarios elegibles para un plan MA, que se inscriban en otro plan MA de 5 estrellas en cualquier momento del año. Los parámetros generales para este SEP son:
  - Para tener derecho al SEP, el plan MA debe tener 5 estrellas para el Período Anual de Inscripción de 2011, independientemente de la calificación utilizada para los bonos de calidad en el 2012.
  - Tal y como está constituido, el SEP nuevo solamente sirve para anotarse en un MA de 5 estrellas o en un plan de la Parte D de 5 estrellas. Los beneficiarios no pueden usar este SEP para inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
  - Los beneficiarios serán elegibles para este SEP si están inscritos en un plan MA o en el Medicare Original y cumplen los criterios de elegibilidad del MA. Nota: Los individuos que ya estén inscritos en un MA de 5 estrellas, pueden cambiarse a otro plan de 5 estrellas durante este SEP.
- Los pedidos de inscripción durante este período entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a que reciban su inscripción. Una vez que el beneficiario se haya inscrito en un plan MA de 5 estrellas, el SEP especial termina para dicho plan por el resto del año y el individuo solamente podrá hacer cambio durante los períodos correspondientes (el período anual de inscripción u otro SEP válido). Los individuos podrán inscribirse en un MA de 5 estrellas directamente a través del plan, llamando al 1-800-MEDICARE o en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Los planes MA de 5 estrellas deben aceptar las solicitudes durante este SEP, del mismo modo que lo hacen con cualquier otro SEP o inscripción inicial, a menos que el plan ya no acepte nuevos miembros porque CMS ha aceptado el límite de capacidad.
- Para información sobre las calificaciones, visíet [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y compare los planes.
- Comienza el 8 de diciembre de 2011.

## Multa por inscripción tardía

- Prima más cara para los que esperan para inscribirse
  - Un 1% adicional a la prima básica nacional
    - Por cada mes que fue elegible y no se inscribió
    - Durante todo el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos
  - Excepto para aquellos que tienen una cobertura válida de medicamentos
    - O sea que es al menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

43

- Si decide no inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando es elegible por primera vez, tal vez tenga que pagar una multa si más tarde decide hacerlo.
- La multa se agrega al monto de su prima, y se calcula multiplicando el 1% de la prima nacional promedio por el número de meses en los que la persona pudo haberse inscrito y no lo hizo, ni tenía otra cobertura válida de medicamentos. La multa no se calcula basándose en la prima del plan en el que está inscrito. La prima nacional promedio (\$31.94 en el 2010) es un número nacional que puede cambiar cada año. (Nota: En la práctica, las primas varían considerablemente de un plan de la Parte D a otro, y rara vez son iguales a la prima nacional promedio. La prima nacional promedio refleja las primas de cada plan y el número actual de miembros inscritos en cada plan.)
- Las personas que tienen otro seguro – por ejemplo de un empleador – pueden quedarse con dicha cobertura y no inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Si la otra cobertura es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare, conocida como cobertura válida de medicamentos, usted no tendrá que pagar la multa si decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados más adelante. Su otro plan le dirá si su cobertura es válida. El aviso le explicará sus opciones. Si desea más información, llame al administrador de beneficios de su plan.
- Algunos ejemplos de cobertura válida de medicamentos son:
- Si no está de acuerdo con la multa, puede pedirle a Medicare una revisión o reconsideración. Tendrá que llenar un formulario de reconsideración (que se lo enviará su plan de medicamentos) y podrá presentar evidencia que justifique su caso, como por ejemplo información sobre una cobertura válida de medicamentos anterior.

## ¿Cuándo comienza la cobertura para las personas recientemente elegibles?

- Para las personas elegibles para Medicare recientemente
  - Durante los 7 meses del Período Inicial de Inscripción en la Parte D

| Si usted se inscribe                       | Su cobertura comienza                                                                 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 meses antes del mes de su elegibilidad   | La fecha en que es elegible para Medicare                                             |
| El mes en que es elegible                  | El primer día del mes siguiente                                                       |
| 3 meses después del mes de su elegibilidad | El primer día del mes siguiente al mes en que se recibió su formulario de inscripción |

5/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

44

- Todas las personas elegibles para Medicare tiene un plazo de 7 meses conocido como **Período Inicial de Inscripción (IEP por su sigla en inglés)** para obtener la Parte D:
  - Pueden inscribirse 3 meses antes del mes en que comienza su elegibilidad para Medicare y la cobertura se iniciará en la fecha en la que son elegibles para Medicare.
  - Pueden inscribirse en el mes de su elegibilidad, en cuyo caso la cobertura de la Parte D comenzará el primer día del mes siguiente.
  - O pueden inscribirse durante los 3 meses siguientes al mes en que fueron elegibles por primera vez y la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a que se haya recibido su formulario de inscripción.
- Algunas personas elegibles para Medicare serán inscritas en un plan de la Parte D por CMS, a menos que lo hagan por ellos mismos. Hablaremos sobre estos grupos más adelante.

## **Cobertura válida de medicamentos**

- Si usted tiene otra cobertura de recetas médicas
  - Podría o no ser válida
  - Si lo fuera, significa que cumple o excede el estándar mínimo de Medicare
- Con la cobertura válida de medicamentos
  - Tal vez no tenga que pagar la multa por inscripción tardía
- Los planes les informan a sus miembros cada año si la cobertura es válida
  - Por ejemplo; los planes médicos grupales, planes para jubilados, VA, TRICARE y FEHB

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

43

- Si el beneficiario tiene otra cobertura de sus recetas médicas, el plan le informará cada año si la misma es válida o sea, si cumple con los estándares mínimos de Medicare. A esto se le conoce como “cobertura válida de medicamentos”. El plan también le informará si la cobertura ha cambiado y ya no cumple con los estándares mínimos.
- Las personas que tiene una cobertura válida de medicamentos pueden quedársela, y no tendrán que pagar la multa por inscripción tardía si deciden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados más tarde, siempre que se inscriban en un plazo de 63 días a partir del momento en que termina su cobertura.
- Algunos ejemplos de cobertura válida de medicamentos son:
  - Algunos planes médicos grupales
  - La cobertura de empleador o sindicato para jubilados
  - La cobertura de VA, la cobertura militar incluyendo aTRICARE, y la cobertura del Programa de Beneficios Médicos para Empleados Federales.
- La mayoría de las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) no brindan una cobertura que cumpla con los estándares mínimos de Medicare. Si usted tiene una póliza Medigap que cubre sus recetas médicas, puede quedarse con la póliza pero si más tarde decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados tendrán que pagar la multa por inscripción tardía. Si se inscribe en un plan de medicamentos, tienen que avisarle a su compañía de seguro Medigap cuándo comienza la cobertura, para que ellos quiten de la póliza Medigap la cobertura de las recetas médicas.

## Cálculo de la multa por inscripción tardía

- Prima básica nacional (prima nacional promedio)
  - \$32.34 en el 2011
  - Puede cambiar cada año
- Usted paga 1% por cada mes en que podría haberse inscrito y no lo hizo
  - A menos que tenga una cobertura válida de medicamentos
  - La multa se agrega a la prima

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

46

- El beneficiario tendrá que pagar una multa si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados después del Período Inicial de Inscripción, si no tiene otra cobertura válida de medicamentos o si pasa un período de 63 días o más sin cobertura válida. La multa se agrega al monto de su prima, y se calcula multiplicando el 1% de la prima nacional promedio por el número de meses en los que la persona pudo haberse inscrito y no lo hizo, ni tenía otra cobertura válida de medicamentos. La multa no se calcula basándose en la prima del plan en el que está inscrito. La prima nacional promedio (\$32.34 en el 2011) es un número nacional que puede cambiar cada año. (Nota: En la práctica, las primas varían considerablemente de un plan de la Parte D a otro, y rara vez son iguales a la prima nacional promedio. La prima nacional promedio refleja las primas de cada plan y el número actual de miembros inscritos en cada plan.)
- **Ejemplo:** El Sr. García no se inscribió en un plan Medicare de medicamentos recetados para el 31 de mayo de 2010 que era el fin de su IEP. No tenía cobertura válida de medicamentos, y se inscribió por primera vez en un plan de la Parte D en diciembre de 2010, durante el AEP. La multa que tiene que pagar es 7% porque pasó 7 meses sin cobertura válida de medicamentos, desde el primer mes en que podría haber tenido la cobertura si se hubiese inscrito para el 31 de mayo, o sea de junio a diciembre de 2010 (7 meses). Dado que la prima nacional promedio en el 2011 es \$32.34, la multa sería de \$2.30 por mes. ( $\$32.34 \times .07 = \$2.26$ , redondeando= \$2.30). En general, el monto de la multa se agregará a su prima mensual por todo el tiempo que tenga la cobertura Medicare de las recetas médicas. Se reajustará la multa cada año que se hagan cambios a la prima nacional promedio.

## La coordinación de los beneficios de la Parte D

Situaciones con un Plan de Salud Grupal del Empleador (EGHP por su sigla en inglés)

| En esta situación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | El plan de la Parte D                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Si Medicare es su pagador primario y la cobertura de medicamentos recetados de su EGHP el secundario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Por lo general paga primero                        |
| Si la cobertura de los medicamentos recetados de su EGHP es su principal<br>Esto se aplica si usted:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>– Tiene más de 65 años con EGHP basado en su actual empleo o el de su cónyuge (una firma con más de 20 empleados)</li> <li>– Tiene Medicare por una discapacidad y EGHP (una firma con más de 100 empleados)</li> <li>– Tiene Medicare porque padece de ESRD durante el periodo de coordinación de 30 meses con un EGHP y la firma es de cualquier tamaño</li> </ul> | Denegará el pago de los reclamos como principal    |
| 3/01/2011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | La cobertura de Medicare de las recetas médicas 47 |

- No es anormal que las personas con Medicare reciban sus medicamentos recetados a través de más de un seguro. La Coordinación de los Beneficios (COB por su sigla en inglés) le permite a los planes que brindan cobertura de medicamentos recetados a la personas con Medicare, que determinen sus respectivas responsabilidades de pago. Este proceso evita las confusiones de pagos y la confusión sobre cuál seguro debe pagar. Por lo general, Medicare es el pagador primario de los medicamentos recetados cuando la persona tiene otra cobertura. Cuando Medicare es el pagador primario, le mandan la factura a la Parte D del plan y paga primero.
- Los planes de la Parte D siempre denegarán el pago de los reclamos a los beneficiarios con un EGHP si Medicare es el pagador secundario. Eso se aplica a:
  - Las personas que tienen más de 65 años con EGHP basado en su empleo actual o el de su cónyuge (una firma con más de 20 empleados)
  - Las personas que tienen Medicare por una discapacidad con un EGHP (una firma con más de 100 empleados)
  - Las personas que tienen Medicare porque padecen de ESRD durante el período de coordinación de 30 meses con un EGHP (y la firma es de cualquier tamaño).

## La coordinación de los beneficios de la Parte D

Situaciones con un plan de salud grupal que no es de un empleador

| En esta situación                                                                                                                                                                                                                                                                                            | El plan de la Parte D                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si el plan sabe que el beneficiario tiene el seguro de compensación al trabajador, el del Programa de Pulmón Negro, o la cobertura sin parte culpable/responsabilidad y ha establecido anteriormente que un medicamento específico está siendo utilizado exclusivamente para tratarle una lesión relacionada | No será el pagador primario                                                                                |
| En todas las otras circunstancias (por ejemplo, el plan no sabe si el medicamento está relacionado con una lesión)                                                                                                                                                                                           | Siempre actuará como pagador primario haciendo un pago condicional para aliviarle la carga al beneficiario |

5/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas medicas

48

- Si tiene la cobertura de un Plan de Salud Grupal que no sea a través de su empleador y con Medicare como Pagador Secundario (MSP por su sigla en inglés), el plan de la Parte D no pagará primero si ya sabe que el beneficiario tiene el seguro de compensación al trabajador, el del Programa de Pulmón Negro, o la cobertura sin parte culpable/responsabilidad, y ha establecido anteriormente que un medicamento específico está siendo utilizado exclusivamente para tratarle una lesión relacionada. Por ejemplo, cuando el beneficiario vuelve a renovar una receta que anteriormente fue pagada por el seguro de Compensación al Trabajador, la Parte D puede denegar el pago como pagador primario y convertirse en pagador secundario.
- En todas las otras circunstancias, por ejemplo, el plan no sabe si el medicamento está relacionado con una lesión, el plan de la Parte D siempre actuará como pagador primario haciendo un pago condicional para aliviarle la carga al beneficiario.
- El pago es “condicional” porque tiene que ser reembolsado a Medicare una vez que se haya llegado a un acuerdo, decisión judicial o adjudicación. El acuerdo propuesto o la actualización debe ser reportado a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE y hablando con el contratista de Coordinación de Beneficios (COB), o enviando los documentos pertinentes al COB.

## Lección 4 – Ayuda Adicional con los costos de los planes de medicamentos recetados

- Qué es
- Cómo obtenerla
- Inscripción
- Elegibilidad continua
- Sus costos con la ayuda adicional

- *Ayuda Adicional con los costos de los planes de medicamentos recetados* le explica:
- Qué es
- Cómo obtenerla
- Inscripción
- Elegibilidad continua
- Sus costos con la ayuda adicional

## ¿Qué es la “Ayuda Adicional”?

- A veces denominada Subsidio por Bajos Ingresos (LIS por su sigla en inglés)
- Para las personas con los ingresos y recursos más bajos
  - No pagan primas ni deducibles y tal vez no se les cobre un copago o si lo cobran es muy pequeño
- Aquellas personas con ingresos y recursos un poco más altos
  - Pagan un deducible reducido y un poco más de su bolsillo
- No hay interrupción en la cobertura para las personas que obtienen LIS

- Muchas personas con ingresos y recursos limitados recibirán la **Ayuda Adicional** para pagar por la cobertura de sus recetas médicas. A esta ayuda a veces se le conoce como Subsidio por Bajos Ingresos (LIS por su sigla en inglés).
- Las personas con los ingresos y recursos más bajos no pagan primas o deducibles ni copago o si lo pagan, es un copago pequeño.
- Aquellas personas con ingresos y recursos un poco más altos tendrán que pagar un deducible reducido y un poco más de su bolsillo.
- No hay interrupción en la cobertura para las personas que reciben LIS.

## Elegibilidad para la Ayuda Adicional

- Usted recibirá la Ayuda Adicional automáticamente si
  - Recibe los beneficios completos de Medicaid
  - Recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
  - Medicaid le ayuda a pagar las primas de Medicare
- Todos los demás deben solicitarla al Seguro Social
  - Por Internet en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o
  - Llamar al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778)
  - Pida una “Solicitud para ayuda con los costos del plan Medicare de medicamentos recetados” (SSA-1020)



3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

53

- Algunas personas pueden obtener la Ayuda Adicional automáticamente y **no necesitan** solicitarla si:
  - Tienen Medicare y los beneficios completos de Medicaid (incluida la cobertura de las recetas médicas)
  - Tienen Medicare y reciben los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) pero no tienen Medicaid
  - Medicaid les ayuda a pagar las primas de Medicare (pertenecen a un Programa de Ahorros de Medicare)
  - Los beneficiarios de Medicare que son elegibles para Medicaid durante el año (ya sea los beneficios completos o ayuda de Medicaid para pagar las primas y/o costos compartidos de Medicare, por ejemplo las personas que participan en un Programa de Ahorros de Medicare) son **considerados** por CMS como individuos elegibles para recibir Ayuda Adicional, basándose en la información proporcionada por el estado. A las personas que reciben los beneficios de SSI, CMS las **considera** elegibles basándose en la información que recibe del Seguro Social. Cuando la persona sea elegible la primera vez, Medicare se lo notificará por carta.
- El resto de los beneficiarios de Medicare tendrá que solicitarla. Aquellas personas que creen que reúnen los requisitos para la Ayuda Adicional pero no están seguros, igualmente deben solicitarla. Deben comunicarse con el Seguro Social o con la oficina estatal de Medicaid para obtener información sobre los requisitos y cómo solicitarla.

**Nota:** En la parte de atrás del cuaderno de tareas encontrará una lista de las cartas enviadas a los beneficiarios de Medicare sobre la Ayuda Adicional (Subsidio por Bajos Ingresos) (Apéndice F).

## Límites de ingresos y recursos

Cantidades para el 2011

- **Ingresos**
  - Por debajo del 150% del nivel federal de pobreza
    - \$1,361.25 mensuales para un individuo\* o
    - \$1,838.75 para una matrimonio\*
  - Basados en el número de integrantes de la familia
- **Recursos**
  - Hasta \$12,640 (individuo)
  - Hasta \$25,260 (matrimonio)
    - Incluye \$1,500/para el funeral y entierro de la persona
    - Cuentan los ahorros y acciones
    - No cuenta la casa donde vive

\*Las cantidades para Alaska y Hawaii son más altas

5/01/2011
La cobertura de Medicare de las recetas médicas
34

La Ayuda Adicional está disponible para los beneficiarios de Medicare con ingresos por debajo del 150% del nivel federal de pobreza y recursos limitados. Hablemos sobre cuáles son los ingresos y recursos que se toman en cuenta.

### Ingresos

- Por debajo del 150% del Nivel Federal de Pobreza
- \$1,361.25 al mes para un individuo\* o
- \$1,838.75 al mes para una pareja casada\*
- Basado en el número de integrantes de la familia

### Recursos

- Hasta \$12,640 (individuo)
- Hasta \$25,260 (pareja casada)
  - Incluye \$1,500/para funeral y entierro
  - Ahorros e inversiones, pero no su casa
- Medicare cuenta su ingreso y el de su cónyuge (si vive con usted), independientemente de que el cónyuge esté o no solicitando la ayuda adicional. Los ingresos se comparan al nivel federal de pobreza para una sola persona o una pareja, según corresponda. Esta evaluación tiene en cuenta si usted y/o su cónyuge tienen dependientes que viven con usted y por los que usted paga al menos la mitad de la manutención. Un abuelo que mantiene a sus nietos podría recibir la ayuda adicional, sin embargo, la misma persona podría no ser elegible si la solicitara como un individuo que vive solo.
- Los recursos que se tienen en cuenta son los suyos y los de su cónyuge (si vive con usted). Solamente se tienen en cuenta dos tipos de recursos:
  - Dinero (por ejemplo, cuentas de ahorros, acciones, bonos y otros bienes que puedan canjearse por dinero en efectivo en un plazo de 20 días), y
  - Bienes raíces, excluida su vivienda y el terreno donde está ubicada.
  - Artículos tales como el anillo de matrimonio y las joyas de familia no se tienen en cuenta para los recursos.

**Nota:** Los límites de ingresos son más altos en Alaska y Hawai. Esta ayuda adicional no está disponible para las personas que viven en los Territorios de los Estados Unidos. Los Territorios tienen sus propios reglamentos para brindarle a sus residentes ayuda para pagar los costos de la cobertura de sus recetas médicas.

## Cómo solicitar la “Ayuda Adicional”

- Hay varias maneras de pedirla
  - Llenando una solicitud impresa
  - En [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)
  - En la Oficina Estatal de Ayuda Médica
  - En una organización local
- Puede solicitarla usted mismo o alguien en nombre suyo.

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

33

- La elegibilidad para la Ayuda Adicional puede determinarla el Seguro Social o la oficina estatal de Medicaid.
- Usted puede solicitarla:
  - Llenando una solicitud impresa que puede obtenerla llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778)
  - En el sitio Web del Seguro Social [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)
  - A través de la oficina estatal de Medicaid
  - A través de una organización local, como por ejemplo el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)
- Puede presentarla usted mismo, su representante legal autorizado (con un Poder legal) o alguien que le ayude a solicitarla.

Según lo estipulado en la Sección 113 de MIPPA, el Seguro Social debe divulgar los datos de las solicitudes de LIS, con la autorización del beneficiario, a la agencia de Medicaid para dar inicio al proceso de solicitud para los Programas Medicare de Ahorros (MSP). Los estados deben considerar estos datos como una solicitud de los beneficios de MSP, tal y como si la hubiese presentado el interesado directamente.

## Medicare y los beneficios completos de Medicaid

- A usted se lo inscribirá en un plan automáticamente, a menos que:
  - Ya esté inscrito en un plan de la Parte D
  - Escoja y se inscriba en un plan
  - Llame al plan o al 1-800-MEDICARE para rechazar la inscripción (*opt out*)
- Usted estará cubierto el primer mes en que tenga la cobertura de
  - Medicaid y sea elegible para Medicare
- Recibirá una carta de inscripción automática en papel amarillo
- Tendrá un Período Especial de Inscripción continuo

5/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

56

- Cuando el beneficiario califica por primera vez para la Ayuda Adicional, CMS lo inscribirá en un plan Medicare de medicamentos recetados, para asegurarse de que tenga cobertura para sus recetas médicas si es que usted aún no se ha inscrito. Esto se aplica a las personas que son elegibles automáticamente para la ayuda adicional o para las que la solicitaron y se las aprobaron.
- Cuando las personas que reciben los beneficios completos de Medicaid, incluida la cobertura de las recetas médicas, son elegibles para Medicare, Medicaid ya no pagará por los medicamentos que cubrirá Medicare. CMS usa la información que le envía la agencia estatal Medicaid para identificar a los beneficiarios de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid. A estos beneficiarios se les conoce como **beneficiarios de elegibilidad doble con beneficios completos** y califican automáticamente para recibir la Ayuda Adicional.
- Si las personas con Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid no escogen un plan Medicare de medicamentos recetados, CMS los inscribirá en uno automáticamente y la cobertura entrará en vigencia el primer día que tengan ambos Medicare y Medicaid. Estos beneficiarios recibirán una carta de inscripción en papel de color amarillo con el nombre del plan en el que están inscritos.
- Si no desean inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, pueden llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan en el que CMS los ha inscrito y decirles que no desea dicha cobertura. Sin embargo, Medicaid no pagará por los medicamentos que Medicare hubiese cubierto.
- Las personas que son elegibles para la Ayuda Adicional tienen un Período Especial de Inscripción o SEP continuo y pueden cambiar de plan de medicamentos en cualquier momento y el nuevo plan entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

## Otras personas elegibles para la Ayuda Adicional

- Se les facilita la inscripción a un plan a menos que
  - Usted ya esté inscrito en un plan de la Parte D
  - Usted escoja y se inscriba en un plan
  - Esté inscrito en un plan a través de su empleador o sindicato y reciba un subsidio
  - Llame al plan o al 1-800-MEDICARE para informarles que no desea la cobertura
- La cobertura comienza 2 meses después de la notificación de CMS
- Recibirá una carta en papel verde facilitando su inscripción
- Tiene un Período Especial de Inscripción continuo

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

37

- A otras personas que califican para la Ayuda Adicional se les facilita la inscripción en un plan de la Parte D. CMS utiliza los datos proporcionados por la agencia Medicaid del estado para identificar a los beneficiarios que participan en un Programa de Ahorros de Medicare. CMS utiliza los datos proporcionados por el Seguro Social para identificar a los beneficiarios de Medicare que son elegibles para la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) pero no para Medicaid, o a los que han solicitado la ayuda adicional y se las han aprobado.
- CMS les facilitará la inscripción a un plan de la Parte D, a menos que:
  - Ya estén inscritos en un plan de la Parte D
  - Escojan su propio plan
  - Estén inscritos en un plan de empleador o sindicato y reciban un subsidio del empleador (también conocido como subsidio de medicamentos para jubilados o RDS en inglés).
  - Llamen al 1-800-MEDICARE o al plan en el que los ha inscrito CMS y le informen que no desean la cobertura de la Parte D.
- La cobertura entrará en vigencia 2 meses después del mes en que CMS recibe el aviso de elegibilidad (para los beneficiarios de SSI, la inscripción es retroactiva al mes en que el beneficiario tiene Medicare y los beneficios de SSI (ambos)). Cuando los beneficiarios reciben la carta en papel de color verde donde CMS les informa sobre el plan que les han asignado, tienen la opción de escoger su propio plan en lugar del plan que les ha asignado CMS. Como beneficiarios con elegibilidad doble, pueden cambiar de plan en cualquier momento, y el nuevo plan entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al cambio.

**Nota:** En la parte de atrás del cuaderno de tareas encontrará una lista de las cartas enviadas a los beneficiarios de Medicare sobre la Ayuda Adicional (Subsidio por Bajos Ingresos).

## **Las personas que solicitan la ayuda adicional por primera vez**

- Pueden solicitarla en cualquier momento
  - Si les es denegada, puede solicitarla nuevamente cuando cambien sus circunstancias
- Si están inscritos en un plan Medicare de medicamentos recetados y luego son elegibles para la Ayuda Adicional
  - Se le notificará al plan
  - El plan les reembolsará los gastos con fecha retroactiva a la fecha de vigencia de la ayuda adicional
    - Deducibles/Primas
    - Ayuda con los costos compartidos

- Las personas con Medicare pueden solicitar la Ayuda Adicional en cualquier momento. También pueden volver a pedirla si su situación cambia.
- Cuando los beneficiarios de Medicare que ya están inscritos en un plan de medicamentos recetados sean elegibles para recibir la Ayuda Adicional, se le notificará al plan y el plan les reembolsará el monto de los deducibles, primas y costos compartidos que hubieran pagado los miembros, con retroactividad al mes en que fueron elegibles para la Ayuda Adicional.

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

Un programa de CMS operado por Humana, Inc.

- Brinda cobertura en el “lugar de venta” para las personas de bajos ingresos que no tienen la Parte D
- Brindan cobertura retroactiva para los beneficiarios de elegibilidad doble que reciben los beneficios completos y para los beneficiarios de SSI solamente
- Ofrece un formulario abierto
- No se necesita una autorización previa
- No hay restricciones para las farmacias de la red
- Incluye normas estándar sobre seguridad y abuso

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

39

- LI NET es la sigla en inglés del Programa de Transición para las Personas con Bajos Ingresos Elegibles Recientemente. Es un programa de CMS.
- LI NET brinda cobertura en el “lugar de venta” para las personas de bajos ingresos (subsidio LIS) que no tienen la Parte D, y además es retroactiva para los beneficiarios de elegibilidad doble que reciben los beneficios completos y para los beneficiarios de SSI solamente.
- LI NET tiene un formulario abierto (medicamentos cubiertos por la Parte D), no requiere una autorización previa, ni tiene restricciones para las farmacias de la red. (CMS no puede obligar a una farmacia a usar LI NET.)
- LI NET incluye las normas estándar de seguridad y abuso (por ejemplo, ‘renovación antes de tiempo’ or ‘terapia duplicada’).
- LI NET está administrado por un solo contratista, Humana, Inc. en nombre de CMS. Entró en vigencia el 1 de enero de 2010.

## ¿Quién es elegible para LI NET?

Todos los beneficiarios de bajos ingresos (LIS) incluidos:

- Los beneficiarios doblemente elegibles que reciben el beneficio completo
  - Tienen Medicare y el beneficio completo de Medicaid
- Solamente los beneficiarios que reciben SSI
  - Los beneficiarios de Medicare que reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario pero no los beneficios de Medicaid
- Los beneficiarios doblemente elegibles que reciben el beneficio parcial
  - Los beneficiarios de Medicare que son elegibles para los Programas Medicare de Ahorros (MSP) pero no el beneficio completo de Medicaid
- Los solicitantes de LIS
  - Aquellas personas a quienes se les otorgó LIS

- El Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) brinda la “Ayuda Adicional” para pagar las primas y copagos de la Parte D.

Todos los beneficiarios de bajos ingresos (LIS) son elegibles para LI NET, incluidos:

- Los beneficiarios doblemente elegibles que reciben el beneficio completo, o sea que tienen Medicare y el beneficio completo de Medicaid (por ejemplo: QMB Plus, SLMB Plus)
- Solamente los beneficiarios que reciben SSI, que son los beneficiarios de Medicare que reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario pero no los beneficios de Medicaid
- Los beneficiarios doblemente elegibles que reciben el beneficio parcial, aquellos beneficiarios de Medicare que son elegibles para los Programas Medicare de Ahorros (MSP) pero no el beneficio completo de Medicaid; por ejemplo: solamente los QMB, los SLMB y QI.
- Los solicitantes de LIS, aquellas personas a quienes se les otorgó LIS por una determinación de elegibilidad de SSA o de su estado.
- La diapositiva siguiente incluye más información sobre la elegibilidad.

## ¿Quién es elegible para LI NET?

### Las personas que:

- Tienen una tarjeta válida de Medicare
- Son elegibles para la Parte D
- No están inscritas en un plan de la Parte D
- No tiene un subsidio jubilatorio para medicamentos
- No están inscritos en un plan de la Parte C que no autorice la inscripción en la Parte D
- No han rechazado (*opt-out*) la inscripción automática
- Viven de forma permanente en uno de los 50 estados o en el Distrito de Columbia

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

61

- Además de lo tratado previamente, para ser elegible para LI NET, los beneficiarios:
  - Deben tener un Número de Reclamación Válido (HICN) en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
  - Deben ser elegibles para la Parte D
  - No tiene que estar inscritos en un plan de la Parte D
  - No deben tener un subsidio jubilatorio para medicamentos
  - No deben estar inscritos en un plan de la Parte C que no autorice la inscripción en la Parte D
  - No tiene que haber rechazado (*opt-out*) la inscripción automática
  - Deben vivir de forma permanente en uno de los 50 estados o en el Distrito de Columbia
- Tenga en cuenta que a veces las reclamaciones por medicamentos pueden ser rechazadas por LI NET, porque los beneficiarios acuden a las farmacias sin la información necesaria para procesar la reclamación. Para ello, el farmacéutico debe verificar la elegibilidad para Medicare y el HICN del beneficiario debe ingresarse en el casillero correspondiente al ID del beneficiario. La reclamación será denegada si dicho casillero está en blanco o no se ha ingresado un HICN válido. (El número de Medicare incluye una letra que no siempre es la letra "A".) Además, el beneficiario debe demostrar que tiene Medicaid o LIS, por ejemplo la tarjeta de Medicaid o una carta en la que le avisan que le han otorgado el beneficio de Medicaid o de LIS. Si lo conociera, el farmacéutico puede llenar el casillero del ID del paciente con el número de Medicaid o el SSN.

## Inscripción

### ¿Cómo acceder a LI NET?

#### Inscripción automática por parte de CMS

- CMS inscribe automáticamente en el programa LI NET, a los beneficiarios doblemente elegibles que reciben los beneficios completos (FBDE) y a los que reciben SSI solamente.

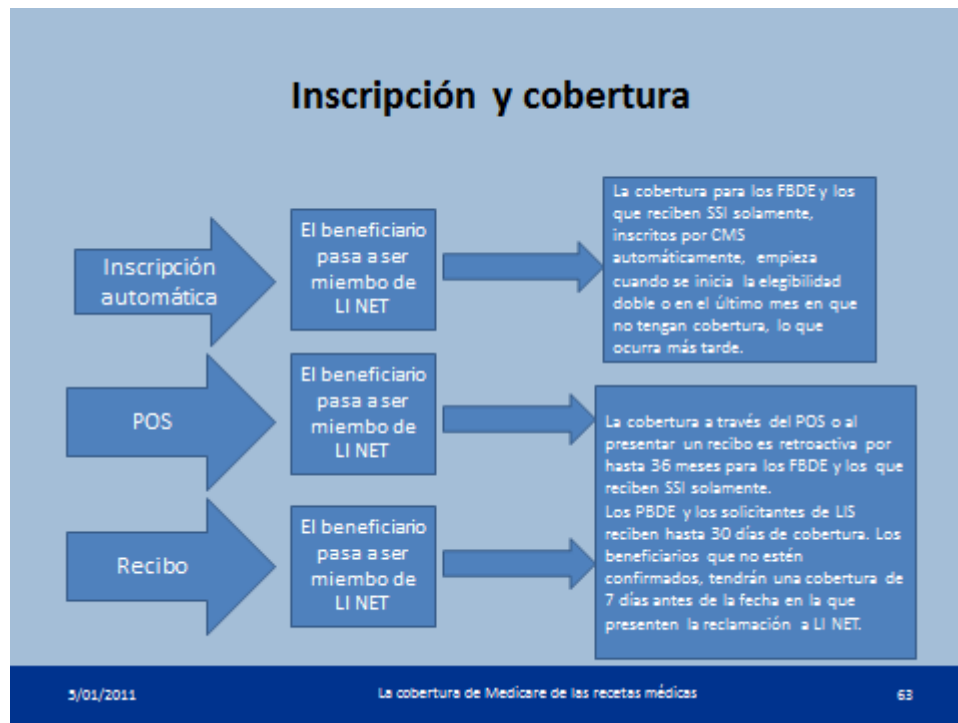
#### Lugar de venta

- Todos los beneficiarios que reciben LIS pueden usar LI NET en el lugar donde compran sus medicamentos (punto de servicio).

#### Recibo farmacéutico

- Los beneficiarios pueden presentar los recibos por los medicamentos que han pagado de su propio bolsillo durante los períodos correspondiente.

- Hay tres maneras de acceder al programa LI NET:
- Inscripción automática – CMS inscribe automáticamente en el programa LI NET, a los beneficiarios doblemente elegibles que reciben los beneficios completos (FBDE) y a los que reciben SSI solamente.
- (Los beneficiarios doblemente elegibles con beneficios parciales (PBDE) y los solicitantes de LIS no serán inscritos automáticamente en el programa LI NET.)
- Lugar de venta (POS) (Punto de servicio) – Todos los beneficiarios que reciben LIS pueden usar LI NET en el lugar donde compran sus medicamentos (punto de servicio).
- Recibo farmacéutico– Los beneficiarios pueden presentar una recibo de la farmacia (no solo el de la caja registradora) por los medicamentos pagados de sus bolsillos, en los períodos correspondientes.



- La cobertura para los FBDE y los que reciben SSI solamente, inscritos por CMS automáticamente, empieza cuando se inicia la elegibilidad doble o en el último mes en que no tengan cobertura, lo que ocurra más tarde.
- La cobertura para los beneficiarios que acceden a LI NET a través del lugar de venta (punto de servicio) o al presentar el recibo de la farmacia se obtiene de la manera siguiente:
- Los beneficiarios doblemente elegibles que reciben los beneficios completos y los que reciben SSI solamente, tienen una cobertura retroactiva de hasta 36 meses (o desde el 1/1/2006 si la determinación de Medicaid está vigente desde esa fecha).
- Los beneficiarios con elegibilidad doble que reciben el beneficio parcial y los solicitantes de LIS tienen hasta 30 días de cobertura.
- Los beneficiarios no confirmados, que son aquellos que muestran alguna evidencia de que reciben los beneficios de Medicaid o de elegibilidad para LIS en la farmacia (punto de servicio), pero que en el sistema de CMS no figuran como elegibles para Medicaid o LIS. Estos beneficiarios están cubiertos hasta 7 días antes de presentar la reclamación a LI NET.
- Todos los beneficiarios de LIS (subsidio por bajos ingresos) están inscritos tentativamente y al azar en un plan Medicare de medicamentos recetados (PDP), con una prima igual o menor al monto de la prima cubierta por LIS. Por lo tanto, la inscripción en LI NET es temporaria y termina antes de la inscripción en el PDP.

## Inscripción automática y facilitada

- CMS identifica e inscribe beneficiarios cada mes
  - Se les asigna un plan al azar
    - Las primas están al nivel o por debajo del monto regional de la prima del subsidio por bajos ingresos
    - Pueden inscribirse en un plan MA que responda a sus necesidades especiales
- Si ya está inscrito en un plan MA
  - Se lo inscribirá en el mismo plan pero con la cobertura de las recetas médicas (MA-PD)
  - Si su plan actual la ofreciera

- CMS asigna planes para la inscripción automática y facilitada. Cada mes se identifican y procesan nuevas inscripciones.
- Los planes son escogidos al azar entre aquellos cuyas primas están al nivel o por debajo del monto regional de la prima del subsidio por bajos ingresos, para el pago de la prima. Aquellas personas a quienes se les otorga un subsidio parcial pagarán una prima reducida o no pagarán la prima.
- Las personas que ya tienen un plan Medicare Advantage serán inscritas en el mismo plan pero con la cobertura de los medicamentos recetados (MA-PD), si el plan ofreciera dicha cobertura.

## Avisos de inscripción

- CMS les notifica a los beneficiarios sobre su inscripción en un PDP
  - La carta de inscripción automática es de color amarillo
  - La carta de inscripción facilitada es de color verde
    - Indica si el subsidio es parcial o total
    - Incluye la lista de planes cuya prima está al nivel o por debajo del monto regional del subsidio de la prima por bajos ingresos
- El plan MA le enviará una aviso de inscripción en un plan MA-PD

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

63

- CMS les notificará a las personas que serán inscritas en un plan Medicare de medicamentos recetados. Estas personas recibirán una carta en papel de color amarillo.
- Aquellos a quienes se les facilitará la inscripción, recibirán una carta en papel de color verde en una de las dos versiones siguientes – subsidio parcial o total, según el nivel del subsidio de la ayuda adicional. Ambas versiones de la carta de inscripción facilitada incluirán una lista de planes de dicha región cuya prima está al nivel o por debajo del monto regional del subsidio de la prima por bajos ingresos, para que la gente pueda comparar y escoger el plan que responda mejor a sus necesidades.
- Los planes Medicare Advantage enviarán una carta cuando inscriban alguno de sus miembros en un plan MA-PD.

**Nota:** En la parte de atrás del cuaderno de tareas encontrará una lista de las cartas enviadas a los beneficiarios de Medicare sobre la Ayuda Adicional (Subsidio por Bajos Ingresos) (Apéndice F).

## Restablecimiento de la elegibilidad de las personas que califican automáticamente para la Ayuda Adicional

- CMS restablece la elegibilidad en el otoño
  - Para el año siguiente
  - Si usted ya no es elegible automáticamente
    - CMS le envía en el mes de septiembre, una carta en papel de color gris
      - Incluye una solicitud de SSA
  - Si es elegible automáticamente pero su copago ha cambiado
    - CMS le enviará a principios de octubre una carta en papel de color anaranjado

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

66

- En agosto de 2010, CMS restableció la elegibilidad para el año 2011 de las personas que calificaron automáticamente para la ayuda adicional en el 2010. La Ayuda Adicional continuó o cambio según si el beneficiarios seguía teniendo la elegibilidad doble parcial o total, o recibiendo los beneficios de SSI. Cualquier cambio entró en vigencia el 1 de enero de 2011.
- Las personas elegibles automáticamente para el 2010, continuarán siéndolo hasta diciembre de 2011. Si ya no califican, la elegibilidad automática terminará el 31 de diciembre de 2010.
- Las personas que ya no son elegibles automáticamente en el 2011, reciben una carta de Medicare en papel de color gris, junto con una solicitud de SSA para la ayuda adicional.
- Otras personas continuarán siendo elegibles para la ayuda adicional en el 2011, pero pueden cambiar sus copagos. Este cambio en el nivel de copago podría ocurrir como resultado de un cambio de una de las categorías siguientes a otra: tiene Medicare y Medicaid, si ingresa a una dependencia de cuidado a largo plazo y tiene Medicare y Medicaid, recibe ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare (participa en un Programa de Ahorros de Medicare), o recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario pero no tiene Medicaid.
- A las personas que ya no calificaban para la ayuda adicional automáticamente en el 2011 y recuperaron su elegibilidad para Medicaid, un Programa de Ahorros de Medicare o SSI, CMS les enviará otra carta informándoles que ahora son elegibles para recibir la ayuda adicional automáticamente.

**Nota:** En la parte de atrás del cuaderno de tareas encontrará una lista de las cartas enviadas a los beneficiarios de Medicare sobre la Ayuda Adicional (Subsidio por Bajos Ingresos) (Apéndice F).

## Continuación de la elegibilidad

- Las personas que ya eran elegibles
  - Hay cuatro procesos de redeterminación
    - Inicial
    - Cíclico o recurrente
    - Casos de Cambio del Subsidio (SCE por su sigla en inglés)
    - Otro evento (cualquier cambio que no sea un SCE)

- El Seguro Social ha modificado sus procesos de redeterminación para aquellas personas que solicitaron la ayuda adicional (subsidio por bajos ingresos) al Seguro Social y se la otorgaron.
- Hay cuatro tipos de procesos de redeterminación:
  - Inicial
  - Cíclico o recurrente
  - Casos de Cambio del Subsidio (SCE)
  - Otro evento

## Lección 5 – Compare y seleccione un plan

- Lo que debe tener en cuenta
- Localizador de planes
- Grupos especiales

- *Compare y Seleccione un plan* le explica:
- Lo que debe tener en cuenta
- Localizador de planes
- Grupos especiales

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

### ■ Preguntas importantes

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

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

71

- Hay varias preguntas que los beneficiarios de Medicare deben tener en cuenta al inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. La consideración más importante para decidir si les conviene inscribirse en un plan, es analizar el tipo de cobertura que tienen actualmente y cómo puede afectar a sus opciones.
- Si usted tiene cobertura de medicamentos, cada año su plan le envía una carta informándole si su cobertura de medicamentos es válida. Si no recibe dicha información, debe llamar al administrador de beneficios del plan. Es importante que sepa cómo afectaría la cobertura de Medicare a su cobertura médica actual, para asegurarse de no perder su cobertura médica y hospitalaria y la de su familia.
- La información sobre cómo trabajan otros seguros médicos con la cobertura Medicare de medicamentos recetados está disponible en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov), también puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

## Opciones de planes de medicamentos recetados

- Usted puede obtener la cobertura de la Parte D a través de:
  - Los planes Medicare de medicamentos recetados
  - Los planes Medicare Advantage u otros planes Medicare
  - Algunos planes de empleador o sindicato

- Los beneficiarios de Medicare pueden escoger cómo obtener la cobertura de sus recetas médicas. Dicha cobertura puede obtenerse de:
  - Un plan Medicare de medicamentos recetados
  - Algunos planes Medicare Advantage y otros planes Medicare
  - De algunos planes de empleador o sindicato

## Los pasos para escoger un plan de medicamentos recetados

- Hay tres pasos a seguir para escoger un plan
  1. Busque información
  2. Compare los planes
  3. Escoja un plan e inscríbase

- Hay tres pasos a seguir para escoger un plan
  1. Busque información
  2. Compare los planes
  3. Escoja un plan e inscríbase

## Paso 1: Busque información

- Busque información
  - Su cobertura de medicamentos actual
  - Los medicamentos, dosis, la concentración
  - Su tarjeta de Medicare
  - Su código postal

Hay tres pasos para escoger un plan Medicare de medicamentos recetados.

- **Paso 1:** Busque información sobre su cobertura de medicamentos actual y sobre sus necesidades. Los medicamentos que toma, las dosis y la frecuencia. También incluya su código postal y tenga a mano su tarjeta de Medicare.

## Paso 2: Use el Localizador de Planes de Medicare

- Información detallada sobre los planes de salud y de medicamentos
- Busque médicos, proveedores y abastecedores que participen en Medicare
- Información sobre la calidad de los servicios de los planes, asilos para ancianos, hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y clínicas de diálisis



### Paso 2 – Use el localizador de planes de Medicare para:

- Obtener información detallada sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare de su zona, incluidos los precios y servicios que ofrecen. Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Buscar médicos, proveedores y abastecedores que participen en Medicare.
- Averiguar lo que cubre Medicare y sobre los servicios preventivos.
- Obtener información y los formularios de apelación.
- Obtener información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los planes, asilos para ancianos, hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar, y clínicas de diálisis.
- Obtener los portales en Internet y números de teléfono útiles.
- Ver las publicaciones de Medicare.

## Paso 3: Escoja un plan e inscríbase

- Decida cuál es el mejor plan para usted e inscríbase
- Inscribábase con el plan directamente
  - Enviando al plan el formulario por correo o fax
  - Por Internet (en el sitio Web del plan o en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))
  - Por teléfono
    - 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048)
    - Llamando al plan

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

76

- **Paso 3:** Una vez que haya escogido un plan, llame a la compañía que lo ofrece y pregúnteles cómo inscribirse. Tal vez pueda hacerlo por teléfono, llenando una solicitud impresa o por Internet. Cuando se inscriba tendrá que proporcionarles el número de su tarjeta de Medicare.
  - Los beneficiarios pueden inscribirse en el plan directamente. Todos los planes deben tener formularios de inscripción impresos. Además, pueden ofrecer la opción de que se inscriba a través del sitio Web del plan o por teléfono. La mayoría de los planes participan y le permiten inscribirse a través del sitio Web de Medicare [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
  - Los planes deben procesar las solicitudes de manera oportuna y una vez que la persona haya enviado la solicitud, el plan debe notificarle si la han aceptado o rechazado.
  - Le aconsejamos que guarde una copia de la solicitud, el número de confirmación y cualquier otro documento firmado, así como las cartas y materiales que le haya enviado el plan.
- En *Su Guía sobre la Cobertura de las Recetas Médicas* (Pub. de CMS #11109) encontrará la información sobre estos pasos a seguir, así como las hojas de trabajo para ayudarle con el proceso.

## Lo que pueden esperar los nuevos miembros

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

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

77

- Los beneficiarios que se inscriben en un plan, o aquellos a los que CMS ha inscrito en un plan, recibirán una carta de inscripción y los documentos de plan. Estos documentos incluyen la tarjeta del miembro, información sobre el servicio al cliente con el número de teléfono sin cargo y la dirección del sitio Web del plan.
- Los planes también tendrán un proceso de transición para aquellos miembros nuevos que toman un medicamento que no está en la lista del plan (formulario). El plan les dará un suministro temporal para 30 días del medicamento que necesitan (o para 90 días si el beneficiario vive en una dependencia de cuidado a largo plazo). Esto le dará a los beneficiarios el tiempo suficiente para que su médico les recete otro medicamento que esté en el formulario del plan. Si no se encontrara otro medicamento aceptable, ellos o sus médicos pueden solicitarle una excepción al plan. Si la misma les es denegada, pueden apelar dicha decisión.

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

- Enviado por los planes de la Parte D a sus miembros, en el otoño
  - Pueden recibirlo junto con la Evidencia de Cobertura
- Incluirá información para el año entrante
  - Resumen de Beneficios
  - Formulario
  - Cambios
    - Nueva prima
    - Costos compartidos – copagos y coseguro
    - Otra

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

78

- Cada año, tanto los Planes Medicare de Medicamentos Recetados (PDP) como los Planes Medicare Advantage con cobertura de las recetas médicas (MA-PD) deben enviarle el *Aviso Anual de Cambio* (ANOC) a todos sus miembros. Deben enviarle esta carta junto con el Resumen de Beneficios y una copia del formulario para el año entrante para el 31 de octubre. En la carta le explicarán los cambios del plan, entre los que se incluyen cambios en la prima mensual e información sobre los copagos y coseguro.
- Usted debe leerlo atentamente. En el aviso le explican los cambios en el plan, las primas, copagos y coseguro.
- Los planes deben enviarle la *Evidencia de Cobertura* a todos sus miembros para el 31 de enero de cada año. A través de la misma le proporcionan detalles sobre el área de servicio del plan, los beneficios, el formulario; cómo obtener información, la ayuda adicional y cómo apelar. El plan tal vez prefiera enviarle la *Evidencia de Cobertura* junto con el ANOC.

**Nota:** En la parte de atrás del cuaderno de tareas encontrará una lista de las cartas enviadas a los beneficiarios de Medicare sobre la Ayuda Adicional (Subsidio por Bajos Ingresos).

## Grupos especiales

- Participantes en el Programa de Ayuda Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés)
- Los beneficiarios que viven en dependencias de cuidado a largo plazo
- Los residentes de los Territorios de los Estados Unidos

■ Hay ciertos grupos de beneficiarios para los que las normas de cobertura de las recetas médicas podrían ser distintas. Ellos incluyen a los:

- Participantes en el Programa de Ayuda Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés)
- Los beneficiarios que viven en dependencias de cuidado a largo plazo
- Los residentes de los Territorios de los EE.UU.

## Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)

- Los SPAP pueden ofrecer una cobertura completa de medicamentos
  - Reduce los gastos del estado
  - Amplian la población que abarca
- En la mayoría de los casos los costos del SPAP
  - Cuentan para el límite de gastos de su bolsillo (TrOOP)
  - No se tendrán en cuenta en ciertos casos
    - Cuando el medicamento no está en el formulario del plan
    - Cuando la cobertura es denegada por control del uso
    - Otros motivos

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

80

- Los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP) pueden ofrecer la cobertura completa (*wraparound coverage*) para ayudar a los beneficiarios de Medicare con sus gastos de medicamentos. Por lo tanto, los SPAP podrán brindarle a sus miembros la misma o mejor cobertura, a un costo más bajo para el estado. Estos ahorros pueden ser usados para reducir los gastos presupuestarios del estado o para ampliar la población que recibe los beneficios del programa.
- En la mayoría de los casos, los gastos de los SPAP se pueden tener en cuenta para el límite de gastos del bolsillo del beneficiario. Sin embargo, en algunos casos no se tendrán en cuenta, por ejemplo si el medicamento no está en el formulario del plan o si el plan le deniega la cobertura por control del uso (*utilization management*).

## **Residentes en dependencias de cuidado a largo plazo**

- Obtienen sus medicamentos de las farmacias que escoja el centro
- Tendrán acceso conveniente
- Pueden cambiar de plan en cualquier momento
- Si tiene la cobertura de Medicare y los beneficios completos de Medicare
  - No tendrán que pagar el deducible ni los copagos

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

81

- Generalmente, las dependencias de cuidado a largo plazo (como los asilos para ancianos o los centros de enfermería especializada) tienen un contrato con una farmacia de cuidado a largo plazo para brindarles los medicamentos a los residentes del centro. Con la implementación de los planes Medicare de medicamentos recetados, las farmacias de cuidado a largo plazo deben firmar el contrato con la dependencia de cuidado a largo plazo y con los planes Medicare de medicamentos recetados que atiendan esa región.
- CMS requiere que todos los planes Medicare de medicamentos tengan contratos con un número suficiente de farmacias de cuidado a largo plazo, para asegurarse de que los beneficiarios de Medicare que viven en esas residencias tengan acceso conveniente a los medicamentos que necesitan.
- Los beneficiarios de Medicare que viven en dependencias de cuidado a largo plazo tiene un Período Especial de Inscripción continuo. Lo que significa que pueden cambiar de plan en cualquier momento y la cobertura del plan nuevo comenzará el primer día del mes siguiente. En general, las personas que tienen la cobertura de Medicare de las recetas médicas y los beneficios completos de Medicaid y viven en una dependencia de cuidado a largo plazo, no tendrán que pagar por sus medicamentos recetados.

## Los Territorios de los Estados Unidos

- La Parte D es igual excepto que no se ofrece la Ayuda Adicional
- El territorio ayuda a los residentes que tienen Medicare y Medicaid
  - La asistencia es distinta a la Ayuda Adicional
  - Plan de Asignación Mejorado (EAP por su sigla en inglés) (financiado por un subsidio de Medicaid)
    - Puede pagar por las primas, coseguro, copagos y/o deducibles del plan
    - Puede brindar cobertura suplementaria

- La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados también está disponible en los cinco territorios de los Estados Unidos – Las islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el Estado Libre Asociado de las Islas Marianas del Norte.
- Sin embargo, los residentes de los territorios no son elegibles para la Ayuda Adicional de la Parte D (LIS o subsidio por bajos ingresos). Cada territorio ayuda a sus residentes con los costos de la cobertura de la Parte D. Esta ayuda generalmente es para los residentes elegibles e inscritos en Medicaid. Esta asistencia no es igual a la Ayuda Adicional brindada en el resto de los Estados Unidos.
- Cada territorio tiene un Plan de Asignación Mejorado (EAP) y recibe un subsidio del programa Medicaid para pagar los costos de la Parte D para los residentes que tiene Medicare y Medicaid. Cada territorio puede desarrollar un plan para el uso de los fondos del EAP. Pueden pagar las primas, coseguro, copagos y/o deducibles de aquellos residentes que tiene tanto Medicare como Medicaid. También podrían ofrecer cobertura suplementaria, conocida como cobertura integral/completa (*wrap around coverage*).
- Para averiguar sobre estas normas, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Lección 6 – Determinaciones de cobertura y apelaciones

- Determinaciones de cobertura
- Excepciones
- Apelaciones

*Determinaciones de cobertura y apelaciones* le explica las:

- Determinaciones de cobertura
- Excepciones
- Apelaciones

## Determinación de cobertura

- Decisión inicial del plan
  - Los beneficios que el miembro tiene derecho a recibir
  - Lo que el miembro debe pagar por el beneficio
- Puede ser estándar o
- Acelerada
  - Si su salud o su vida puede estar a riesgo

- Una determinación de cobertura es una decisión inicial que toma el plan sobre los beneficios que el miembro del plan tiene derecho a recibir, la cantidad (si la hubiera) que debe pagar por dicho beneficio, o el monto que el plan le reembolsa al beneficiario por los medicamentos cubiertos por la Parte D que ya haya adquirido. Además, la decisión del plan para un pedido de excepción se considera como una determinación de cobertura.
- Un plan también hace una determinación de cobertura cuando decide si el miembro:
  - Cumplió el requisito de autorización previa – como tener un cierto nivel de funcionamiento o un diagnóstico específico para que se cubra el medicamento, o
  - Ha cumplido con el requisito de la terapia en etapas/pasos, para que cubrir el medicamento más caro, si ya ha intentado primero con un medicamento genérico.
  - Puede obtener un medicamento sujeto a las normas de cobertura del plan, ya sea (1) cumpliendo la norma de cobertura, (2) solicitando una excepción al cumplimiento de la norma por un motivo médico. El médico puede solicitarle al plan una determinación de cobertura en nombre del paciente.
- Las determinaciones de cobertura pueden ser estándar o aceleradas. La solicitud puede ser acelerada si el plan determina, o si el médico le indica al plan, que la vida o salud de la persona estaría en peligro si tiene que esperar hasta que se procese la solicitud estándar.

## Pedidos de excepción

- Hay dos tipos de excepciones
  - Nivel/Categoría
    - Por ejemplo, para obtener un medicamento del Nivel 2 al precio de uno del Nivel 1
  - Formulario
    - Un medicamento que no está en la lista del plan, o
    - Ciertos requisitos para obtenerlos
- Solamente usted, su representante legal o su médico pueden solicitarla
- Require una declaración del médico

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

87

Hay dos tipos de excepciones—al nivel (por ejemplo, para obtener un medicamento del Nivel 2 al precio de uno del Nivel 1) y una excepción al formulario (por ejemplo que aprueben un medicamento que no está en la lista/formulario del plan, o que dejen de lado ciertos requisitos para su obtención).

- Para disminuir los costos, muchos planes organizan sus medicamentos en distintas categorías o “Niveles”. Los precios varían según el Nivel. Cada plan organiza sus niveles de manera distinta. Un medicamento de una categoría más baja le costará menos que uno de un Nivel más alto.

### Ejemplo:

- Nivel 1 – Medicamentos genéricos. Los medicamentos de este nivel son los que cuestan menos.
- Nivel 2 – Medicamentos de marcas preferidas. Estos medicamentos cuestan más que los del Nivel 1.
- Nivel 3 – Medicamentos de marcas no preferidas. Cuestan más que las de los Niveles 1 y 2. La persona que le receta el medicamento, usted o su representante legal pueden pedirle una excepción por escrito o por teléfono. Si lo hace por escrito puede mandarle una carta o el formulario titulado “Modelo de Solicitud de Determinación de cobertura”. Usted puede obtener una copia en <http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/11112.pdf>
- Los pedidos de excepción deben estar acompañados por una declaración de apoyo de su médico. En general, la declaración debe indicar que hay un motivo médico por el que se solicita la excepción. La declaración del médico puede hacerse oralmente o por escrito.

**Nota:** Si usted quiere designar un representante para que le ayude con la determinación de cobertura o con una apelación, deben llenar el formulario de CMS No. 1696 titulado “Nombramiento de un representante”, y enviarlo con su pedido de determinación de cobertura o con su apelación. En el libro de tareas correspondiente se adjunta una copia de este formulario. También puede obtenerlo en <http://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>. Otra manera de designar un representante es mandando una carta adjunta a su pedido de determinación de cobertura o de apelación.

## Excepciones aprobadas

- La excepción es válida para renovar las recetas por el resto del año, si
  - La persona permanece inscrita en el plan y
  - El médico le sigue recetando el medicamento y
  - El medicamento sigue siendo seguro para tratar la condición de la persona
- El plan puede extender la cobertura para el año siguiente
  - En caso contrario, debe notificárselo por escrito
    - Por los menos 60 días antes de que termine el año del plan

- Si se aprueba la excepción, la misma será válida para renovar las recetas médicas por el resto del año, siempre que:
  - El miembro permanezca inscrito en el plan,
  - El médico le siga recetando el medicamento, y
    - El medicamento siga siendo seguro para tratar el problema médico del beneficiario.
- El plan puede extender la cobertura al año siguiente. Si no lo hace, debe enviarle al beneficiario una notificación por escrito en el momento en que se aprueba la excepción, o por lo menos 60 días antes de que termine el año del plan. Si la cobertura no es extendida, sería conveniente que el beneficiario cambie el medicamento a uno del formulario del plan, pida otra excepción, o cambie de plan durante el Período de Elección Anual Coordinado.

## Plazos de adjudicación de la determinación de cobertura

- El plan debe comunicarle su determinación de cobertura
  - Solicitud estándar en 72 horas
  - Solicitud acelerada en 24 horas
  - Si incluye una excepción
    - El plazo comienza a contar desde el momento en que el plan recibe la declaración del médico
  - Si el plan no responde en el plazo estipulado
    - El caso se remite a una Entidad Independiente de Revisión (IRE por su sigla en inglés)
      - MAXIMUS – [www.medicarepartdappeals.com](http://www.medicarepartdappeals.com)
    - Salta el primer nivel de apelación

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

89

- El plan debe notificarle al miembro su determinación de cobertura tan pronto como lo requiera la condición médica del beneficiario, pero a más tardar a las 72 horas (solicitud estándar) o 24 horas (solicitud acelerada) a partir del momento en que recibe el pedido del beneficiario.
- Si el pedido de determinación de cobertura incluye una excepción, el plazo para tomar la decisión se inicia cuando el plan recibe la declaración de apoyo del médico.
- Si el plan no responde en el plazo estipulado, debe remitir su caso automáticamente a la Entidad Independiente de Revisión (IRE) para su evaluación, y el caso saltará el primer nivel de apelación (redeterminación del plan). La IRE es MAXIMUS. Encontrará la información de contacto en **[www.medicarepartdappeals.com](http://www.medicarepartdappeals.com)**.
- Se le brinda una hoja de trabajo con la descripción del proceso de apelación y los plazos.

## Pedidos de apelación

- En general las apelaciones deben solicitarse por escrito
  - Los planes pueden aceptar las solicitudes aceleradas oralmente
- La apelación puede hacerla
  - El miembro del plan
  - Su representante designado
- Hay 5 niveles de apelación

3/01/2011

La cobertura de Medicare de las recetas médicas

90

- En general, las apelaciones hay que solicitarlas por escrito. Sin embargo, los planes deben aceptar los pedidos de redeterminación acelerada que se hagan oralmente y por escrito. Además, los planes pueden decidir si aceptan los pedidos de apelación estándar orales. Los miembros tienen que fijarse en los documentos del plan para averiguar si pueden solicitar una apelación estándar oralmente.
- El miembro del plan o su representante, pueden apelar a cualquier nivel. El médico que lo atiende puede pedir una apelación acelerada en nombre suyo.

**Nota:** Fíjese en la hoja de *Comparación de los procesos de apelación de las Partes A, B, C y D*, o en su CD en “Ayuda para la tarea”.

## Niveles de apelación

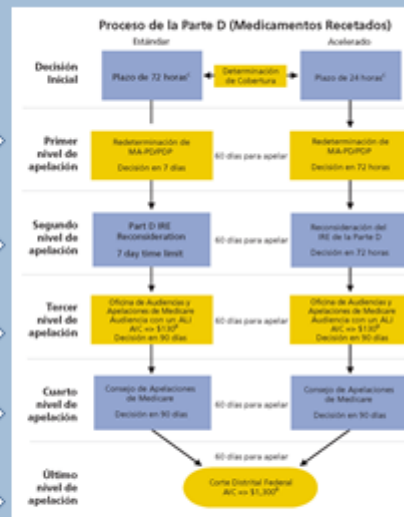
Redeterminación de la Parte D del plan (patrocinador)

Reconsideración de una Entidad Independiente de Revisión (IRE)

Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)

Revisión de Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC)

Revisión de una Corte de Distrito Federal



### Niveles de apelación

- Si usted recibe una decisión que no es favorable, puede apelar la decisión. Hay cinco niveles de apelación.
  1. Redeterminación del plan de la Parte D (patrocinador)
  2. Reconsideración de la Entidad Independiente de Revisión
  3. Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo
  4. Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare
  5. Revisión de una Corte Distrital Federal
- En *Su Guía de la Cobertura de Medicare de los Medicamentos Recetados* CMS Publicación Número 11109, encontrará información más detallada sobre el proceso de apelación.

**Nota:** En el cuaderno de tareas correspondiente se incluye una copia de este cuadro (Apéndice G).

## Apéndice A

| <b>Parámetros de beneficios</b>                                              | <b>2010</b>          | <b>2011</b>          |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Deducible</b>                                                             | <b>\$310.00</b>      | <b>\$310.00</b>      |
| <b>Límite inicial de cobertura</b>                                           | <b>\$2,830.00</b>    | <b>\$2,840.00</b>    |
| <b>Límite de gastos de su bolsillo</b>                                       | <b>\$4,550.00</b>    | <b>\$4,550.00</b>    |
| <b>Total de gastos de medicamentos para el límite de gastos del bolsillo</b> | <b>\$6,440.00</b>    | <b>\$6,447.50</b>    |
| <b>Costos compartido mínimo durante la cobertura catastrófica</b>            | <b>\$2.50/\$6.30</b> | <b>\$2.50/\$6.30</b> |
| <b>Copagos del LIS</b>                                                       | <b>2010</b>          | <b>2011</b>          |
| <b>En un centro de cuidado a largo plazo</b>                                 | <b>\$0</b>           | <b>\$0</b>           |
| <b>Hasta o al 100% del FPL</b>                                               | <b>\$1.10/\$3.30</b> | <b>\$1.10/\$3.30</b> |
| <b>Otro LIS</b>                                                              | <b>\$2.50/\$6.30</b> | <b>\$2.50/\$6.30</b> |
| <b>Deducible o costo compartido del LIS parcial</b>                          | <b>\$62/15%</b>      | <b>\$62/15%</b>      |

## Medicamentos orales contra el cáncer

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

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

**AVISO:** Esta lista puede cambiar.

## **Antieméticos orales para usarlos en las 48 horas siguientes a la quimioterapia**

La siguiente es una lista de los medicamentos antieméticos (anti-náusea) cubiertos por la Parte B. Esta no es una lista exhaustiva y es posible que con el tiempo la lista de medicamentos cambie.

- Aprepitán
- Antagonista 5-HT<sub>3</sub>
- Dexametasona
- Clorpromazina Clorhidrato
- Hidrocloruro de Difenidramina (Benadryl)
- Dolasetron Mesilate (dentro de las 24 horas)
- Dronabinol
- Granisetron Hidrocloruro (dentro de las 24 horas)
- Hidroxizina Pamoate
- Ondansetrón Hidrocloruro
- Nabilón
- Perfenazina
- Maleato de Proclorperazina
- Hidrocloruro de Prometazina
- Hidrocloruro de Trimetobenzamida

**AVISO:** Esta lista puede cambiar.

## Medicamentos inmunosupresores

Esta es la lista de los medicamentos inmunosupresores cubiertos por la Parte B de Medicare. Tenga en cuenta que la lista puede cambiar.

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

**AVISO:** Esta lista puede cambiar.

## Los medicamentos que la Parte D no cubre

Medicamentos excluidos por ley de la cobertura de Medicare:

- Medicamentos para la anorexia, bajar o subir de peso
- Barbitúricos y benzodiazepinas
- Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usan para tratar una disfunción sexual o eréctil, a menos que sean para tratar una condición que no sea sexual o disfunción eréctil y el medicamento haya sido aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA por su sigla en inglés)
- Medicamentos de fertilidad
- Medicamentos con propósito estético o de estilo de vida (por ejemplo, crecimiento de pelo)
- Medicamentos para el alivio de los síntomas de tos o resfríos
- Recetas de productos minerales o vitaminas (excepto vitaminas prenatales y preparacinos de fluoruro)
- Medicamentos sin receta

**NOTA:** Las benzodiazepinas y barbitúricos serán cubiertos a partir del 2013.

## Apéndice F

### Guía de la correspondencia de CMS, el Seguro Social y los Planes en el 2011/2012

*(Todos los avisos electrónicos aparecen como hipervínculos, pero las versiones de este año no estarán disponibles hasta el otoño)*

| Fecha de envío           | Remitente     | Color de la carta                                                                                                               | Mensaje principal                                                                                                                                                                                                        | Lo que debe hacer el beneficiario                                                                                                                                            |
|--------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mediados de mayo         | Seguro Social | <b>Aviso sobre LIS del Seguro Social y los Programas de Ahorros de Medicare (MSP)</b><br>(Pub. de SSA Formularios L447 y L448)  | Informa a las personas que podrían ser elegibles, sobre los Programas de Ahorros de Medicare (MSP) y sobre la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de Medicare de las recetas médicas.                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si cree que es elegible para la Ayuda Adicional, debe solicitarla.</li> <li>• Para hacerlo debe llamar al Seguro Social.</li> </ul> |
| Mediados de mayo         | CMS           | <b>Recordatorio para los beneficiarios que han escogido LIS</b><br>(Producto No. 11465)<br>(Aviso de color canela/marrón claro) | Les recuerda a los beneficiarios que reciben Ayuda Adicional y que han escogido un plan con pago de una prima, que pueden inscribirse en un plan y no pagar la prima siempre que sean elegibles para la Ayuda Adicional. | Si está pensando en cambiarse a otro plan, asegúrese de que el nuevo plan cubra los medicamentos recetados que usted necesita y que incluya la farmacia que usted usa.       |
| Principios de septiembre | Seguro Social | <b>Aviso del Seguro Social para reevaluar la elegibilidad para la Ayuda Adicional</b><br>(SSA Formulario No. 1026)              | Les informa a los beneficiarios seleccionados para la reevaluación, que deben fijarse si aún siguen siendo elegibles para recibir la Ayuda Adicional. Incluye una hoja para el “Resumen de Ingresos y Recursos”.         | Si recibe este aviso, debe llenar y devolver el formulario en el sobre estampillado en un plazo de 30 días o la Ayuda Adicional será cancelada.                              |

| Fecha de envío | Remitente                       | Color de la carta                                                                                 | Mensaje principal                                                                                                                                                                                                                                                | Lo que debe hacer el beneficiario                                                                                                                  |
|----------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Septiembre     | Planes                          | <b>Aviso Anual de Cambio (ANOC) y Evidencia de Cobertura (EOC)</b><br><br><u>Modelo de ANOC</u>   | Para el <b>30 de septiembre</b> , los beneficiarios que califican para la Ayuda Adicional, recibirán un aviso del plan explicando el formulario para el 2012, los beneficios y cambios a la prima.                                                               | Revise los cambios y decida si el plan sigue siendo en el 2012 lo que usted necesita.                                                              |
| Septiembre     | Planes                          | <b>Opción de LIS</b><br><br><u>Modelo</u>                                                         | Para el <b>30 de septiembre</b> , los beneficiarios que sean elegible para recibir la Ayuda Adicional, recibirán un aviso sobre LIS en el que les indican cuál es el subsidio que recibirán en el 2012 para pagar las primas, copagos y deducible de la Parte D. | Guardar esta carta así como la Evidencia de Cobertura (EOC), para consultarlas cuando tenga preguntas sobre sus costos.                            |
| Septiembre     | Planes de Empleador o Sindicato | <br><br><a href="#"><u>Aviso de cobertura válida</u></a>                                          | Para el <b>30 de septiembre</b> , los planes de empleador/sindicato y otros planes grupales deben informarles a los beneficiarios de Medicare si su cobertura de medicamentos es válida.                                                                         | Guardar esta carta.                                                                                                                                |
| Septiembre     | CMS                             | <a href="#"><u>Aviso de pérdida de estatus</u></a><br><br>(Producto No 11198)<br><br>(Color gris) | Informa a los beneficiarios que a partir del 1 de enero de 2012 ya no calificarán automáticamente para recibir la Ayuda Adicional.                                                                                                                               | Debe solicitarla a través del Seguro Social (se adjunta el formulario y un sobre estampillado) o de la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). |

| Fecha de envío        | Remitente | Color de la carta                                                                                              | Mensaje principal                                                                                                                                                                                                                             | Lo que debe hacer el beneficiario                                                                                                                                |
|-----------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Finales de septiembre | CMS       | <a href="#">Manual Medicare y Usted 2012</a>                                                                   | Se envía a cada familia de Medicare en el otoño. Incluye un resumen de los beneficios de Medicare, sus derechos y protecciones; los planes de salud y de medicamentos en su zona; y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. | Tenga este manual a mano para usarlo como referencia. También puede ver el manual “Medicare y Usted” en <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> . |
| Octubre               | Planes    | Materiales de mercadeo del plan                                                                                | El 1 de octubre, los planes comienzan a enviar los materiales de comercialización para el 2012.                                                                                                                                               | Nada. Use esta información para comparar sus opciones para el 2012.                                                                                              |
| Octubre               | Planes    | Anuncio de que el plan se retira de Medicare                                                                   | Para el 2 de octubre, los beneficiarios cuyos planes se retirarán del programa Medicare en el 2012, recibirán una carta de sus planes.                                                                                                        | Usted debe buscar un plan nuevo para el 2012.                                                                                                                    |
| Octubre               | CMS       | <a href="#">Cambio del copago de la Ayuda Adicional</a><br>(Producto No. 11199)<br>(Aviso de color anaranjado) | Les informa a los beneficiarios que continuarán siendo elegibles para la Ayuda Adicional automáticamente, pero los niveles de copago cambiarán a partir del 1 de enero de 2012.                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar el aviso.</li> <li>• Nada, a menos que piense que hay un error.</li> </ul>                                      |

| Fecha de envío     | Remitente | Color de la carta                                                             | Mensaje principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que debe hacer el beneficiario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Finales de octubre | CMS       | <u>Aviso de reasignación</u><br>(Producto No. 11208)<br>(Aviso de color azul) | Les informa a los beneficiarios que su plan actual está retirándose del programa Medicare y que a partir del 1 de enero de 2012, se les reasignará a otro plan, a menos que ellos se inscriban en un nuevo plan por su cuenta para el 31 de diciembre de 2011.                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta</li> <li>• Comparar los planes disponibles en el 2012 para ver cuál le conviene más.</li> <li>• Cambiar de plan para principios de diciembre, si es que decide hacerlo.</li> <li>• Si desea más información puede: llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el manual "Medicare y Usted del 2011"; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>, o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita.</li> </ul> |
|                    |           | <u>Aviso de reasignación</u><br>(Producto No. 11209)<br>(Aviso de color azul) | Les informa a los beneficiarios que se han inscrito por cuenta propia, que debido a que las primas de sus planes han aumentado por encima del límite estándar regional para el subsidio por bajos ingresos (LIS), que se les reasignará a otro plan a partir del 1 de enero de 2012, a menos que ellos se inscriban en un nuevo plan por su cuenta para el 31 de diciembre de 2011. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| Fecha de envío                            | Remitente | Color de la carta                                                                                                     | Mensaje principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lo que debe hacer el beneficiario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Finales de octubre/principio de noviembre | CMS       | <a href="#"><u>Aviso de reasignación de los planes MA</u></a><br>(Producto No. 11443)<br>(Aviso de color azul)        | Les recuerda a los beneficiarios que reciben Ayuda Adicional y cuyo plan MA se está retirando de Medicare, que se les reasignará a otro plan de medicamentos a partir del 1 de enero de 2012, a menos que ellos se inscriban en un nuevo plan MA o de medicamentos por su cuenta para el 31 de diciembre de 2011. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta</li> <li>• Comparar los planes disponibles en el 2011 para ver cuál le conviene más.</li> <li>• Cambiar de plan para principios de diciembre, si es que decide hacerlo.</li> </ul> <p>Si desea más información puede: llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el manual “Medicare y Usted del 2011”; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>, o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita.</p> |
| Principios de noviembre                   | CMS       | <a href="#"><u>Aviso para los que reciben LIS</u></a><br>(Producto No. 11267)<br>(Aviso de color canela/marrón claro) | Les informa a los beneficiarios que reciben Ayuda Adicional y escogen un plan por ellos mismos, que la prima del plan cambiará en el 2012, y que tendrán que pagar una parte de la prima, a menos que se inscriban en otro plan.                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar este aviso</li> <li>• Tal vez deba buscar un plan nuevo para inscribirse en el 2012, con una prima menor al límite estándar regional para el subsidio por bajos ingresos. (El aviso también incluye los planes locales que no cobran una prima.)</li> <li>• Si decide cambiar de plan, hágalo en diciembre.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Noviembre                                 | CMS       | <b>Recordatorio de CMS de que el plan se retira de Medicare</b><br>(Productos No. 11433 y 11438)                      | Les recuerda a los beneficiarios cuyos planes se retirarán del programa Medicare en el 2012, que deben escoger un nuevo plan.                                                                                                                                                                                     | Usted debe buscar un plan nuevo para el 2012.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| <b>Fecha de envío</b>       | <b>Remitente</b>     | <b>Color de la carta</b>                                                                                    | <b>Mensaje principal</b>                                                                                                                                                                                                                        | <b>Lo que debe hacer el beneficiario</b>                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Noviembre</b>            | <b>Seguro Social</b> | <b>Aviso del Seguro Social sobre el ajuste de las primas de las Partes B y D, de acuerdo a los ingresos</b> | Les informa a los beneficiarios de ingresos más altos, acerca de los ajustes a las primas de las Partes B y D. Incluye la información en los avisos de BRI de diciembre (vea abajo).                                                            | Guardar esta carta.                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Noviembre</b>            | <b>Seguro Social</b> | <b>El Seguro Social comienza a enviar las decisiones de reterminación sobre LIS</b>                         | El Seguro Social comienza a enviar por correo las cartas avisándoles a los beneficiarios si continúan siendo elegibles para recibir la Ayuda Adicional el año entrante.                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta</li> <li>• Si usted piensa que la decisión es incorrecta, puede apelar. La carta le explicará cómo hacerlo.</li> <li>• Si tiene preguntas, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).</li> </ul> |
| <b>Finales de noviembre</b> | <b>Seguro Social</b> | <b>Cartas del Seguro Social sobre LIS y MSP (Formulario SSA-L441)</b>                                       | Les informa a los beneficiarios que podrían ser elegibles como Trabajadores Discapacitados Calificados (QDWI), sobre los Programas de Ahorros de Medicare y sobre la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de los medicamentos recetados. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si piensa que es elegible para recibir la Ayuda Adicional, solicítela.</li> <li>• Si desea más información sobre la Ayuda Adicional o quiere solicitarla, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).</li> </ul>     |
| <b>Diciembre</b>            | <b>Seguro Social</b> | <b>Aviso de Cambio del Monto del Beneficio (BRI)</b>                                                        | Les avisa a las personas sobre los cambios en los pagos del beneficio para el año siguiente, debido al aumento del costo de vida, a los cambios en el monto de las primas a deducir, etc.                                                       | Guardar esta carta.                                                                                                                                                                                                                                                              |

| Fecha de envío | Remitente     | Color de la carta                                                                                   | Mensaje principal                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lo que debe hacer el beneficiario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Noviembre      | CMS           | <a href="#">Aviso especial de reasignación</a><br>(Producto No. 11443)                              | Les informa a los beneficiarios que reciben Ayuda Adicional y cuyos planes MA se retirarán del programa Medicare en el 2011, que se les asignará a un nuevo plan de medicamentos a partir del 1 de enero de 2011, si no se han inscrito por su cuenta en otro plan MA o PDP para el 31 de diciembre de 2010. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta</li> <li>• Comparar los planes disponibles en el 2011 para ver cuál le conviene más.</li> <li>• Cambiar de plan para principios de diciembre, si es que decide hacerlo.</li> </ul> <p>Si desea más información puede: llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el manual “Medicare y Usted del 2011”; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>, o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita.</p> |
| Noviembre      | Seguro Social | <b>Aviso del Seguro Social sobre el ajuste de la prima de la Parte B, de acuerdo a los ingresos</b> | Les informa a los beneficiarios de ingresos más altos, acerca de los ajustes a la prima de la Parte B. Incluye la información en los avisos de BRI de diciembre (vea abajo).                                                                                                                                 | Guardar esta carta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Noviembre      | Seguro Social | <b>El Seguro Social comienza a enviar las decisiones de reterminación sobre LIS</b>                 | El Seguro Social comienza a enviar por correo las cartas avisándoles a los beneficiarios si continúan siendo elegibles para recibir la Ayuda Adicional el año entrante.                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta</li> <li>• Si usted piensa que la decisión es incorrecta, puede apelar. La carta le explicará cómo hacerlo.</li> <li>• Si tiene preguntas, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| <b>Fecha de envío</b>       | <b>Remitente</b>     | <b>Color de la carta</b>                                                                             | <b>Mensaje principal</b>                                                                                                                                                                                                                        | <b>Lo que debe hacer el beneficiario</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Finales de noviembre</b> | <b>Seguro Social</b> | <b>Cartas del Seguro Social sobre LIS y MSP</b><br>(Formulario SSA-L441)                             | Les informa a los beneficiarios que podrían ser elegibles como Trabajadores Discapacitados Calificados (QDWI), sobre los Programas de Ahorros de Medicare y sobre la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de los medicamentos recetados. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si piensa que es elegible para recibir la Ayuda Adicional, solicítela.</li> <li>• Si desea más información sobre la Ayuda Adicional o quiere solicitarla, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Diciembre</b>            | <b>Seguro Social</b> | <b>Aviso de Cambio del Monto del Beneficio (BRI)</b>                                                 | Les avisa a las personas sobre los cambios en los pagos del beneficio para el año siguiente, debido al aumento del costo de vida, a los cambios en el monto de las primas a deducir, etc.                                                       | Guardar esta carta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Diciembre</b>            | <b>CMS</b>           | <b>Aviso de reasignación del formulario</b><br>(Producto No. 11475 y 11496)<br>(Aviso de color azul) | Informa a los beneficiarios que reciben la Ayuda Adicional y que fueron reasignados, cuáles medicamentos cubiertos en el 2011 estarán cubiertos en el nuevo plan de medicamentos en el 2012                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fíjese si el plan le sirve o si hay otro que cubra más medicamentos.</li> <li>• Compare planes</li> <li>• Si desea más información puede: llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el manual "Medicare y Usted "; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>, o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita.</li> </ul> |

| Fecha de envío         | Remitente | Color de la carta                                                                                                                               | Mensaje principal                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que debe hacer el beneficiario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enero                  | CMS       | <b>Aviso de no renovación</b><br>(Prod. No. 11452)                                                                                              | Informa a las personas que no reciben la Ayuda Adicional y cuyo plan se ha retirado de Medicare, que tienen que inscribirse en un plan de medicamentos recetados nuevo si desean dicha cobertura en el 2012.                                                    | Tendrá que inscribirse en un plan para el 29 de febrero si desea tener la cobertura de sus recetas médicas en el 2012.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Diariamente - continuo | CMS       | <u><a href="#">Aviso de elegibilidad automática</a></u><br>(Producto No. 11166)<br>(Aviso de color morado que se comienza a enviar en sept/oct) | Les informa a los beneficiarios que recibirán la Ayuda Adicional automáticamente, ellos incluyen a: 1) los que tienen Medicare y Medicaid, 2) los que están en un Programa Medicare de Ahorros, 3) los que reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta.</li> <li>• No necesita solicitar la Ayuda Adicional.</li> <li>• Comparar los planes Medicare de medicamentos recetados para escoger el que le convenga más.</li> <li>• Si desea más información puede: llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el manual "Medicare y Usted"; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>, o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita.</li> </ul> |

| Fecha de envío         | Remitente | Color de la carta                                                                                    | Mensaje principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que debe hacer el beneficiario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diariamente - continuo | CMS       | <a href="#">Aviso de Inscripción Automática</a><br>(Producto No. 11154)<br>(Aviso de color amarillo) | Se les envía a las personas que son elegibles automáticamente para recibir la Ayuda Adicional porque califican para Medicare y Medicaid y actualmente reciben sus beneficios a través del Medicare Original. Estos beneficiarios serán inscritos automáticamente en un plan de medicamentos recetados, a menos que ellos lo hagan por cuenta propia o que rechacen dicha cobertura. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta.</li> <li>• No necesita solicitar la Ayuda Adicional.</li> <li>• Si no se inscribe en un plan de medicamentos, Medicare lo hará por usted.</li> <li>• Comparar los planes Medicare de medicamentos recetados para escoger el que le convenga más.</li> <li>• Si desea más información puede: llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el manual "Medicare y Usted "; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>, o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita.</li> </ul> |

| Fecha de envío         | Remitente | Color de la carta                                                                                                       | Mensaje principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que debe hacer el beneficiario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diariamente – continuo | CMS       | <u><a href="#">Aviso de inscripción automática retroactiva</a></u><br>(Producto No. 11429)<br>(Aviso de color amarillo) | <p>Se les envía a las personas que son elegibles automáticamente para recibir la Ayuda Adicional <b>con fecha de vigencia retroactiva</b> porque 1) son elegibles para Medicare y Medicaid o 2) reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Estos beneficiarios serán inscritos automáticamente en un plan de medicamentos recetados, a menos que ellos lo hagan por cuenta propia o que rechacen dicha cobertura.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar esta carta.</li> <li>• No necesita solicitar la Ayuda Adicional.</li> <li>• Si no se inscribe en un plan de medicamentos, Medicare lo hará por usted.</li> <li>• Comparar los planes Medicare de medicamentos recetados para escoger el que le convenga más.</li> <li>• Si desea más información puede: llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; consultar el manual “Medicare y Usted”; visitar <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>, o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para que le brinden asesoría personalizada gratuita.</li> </ul> |

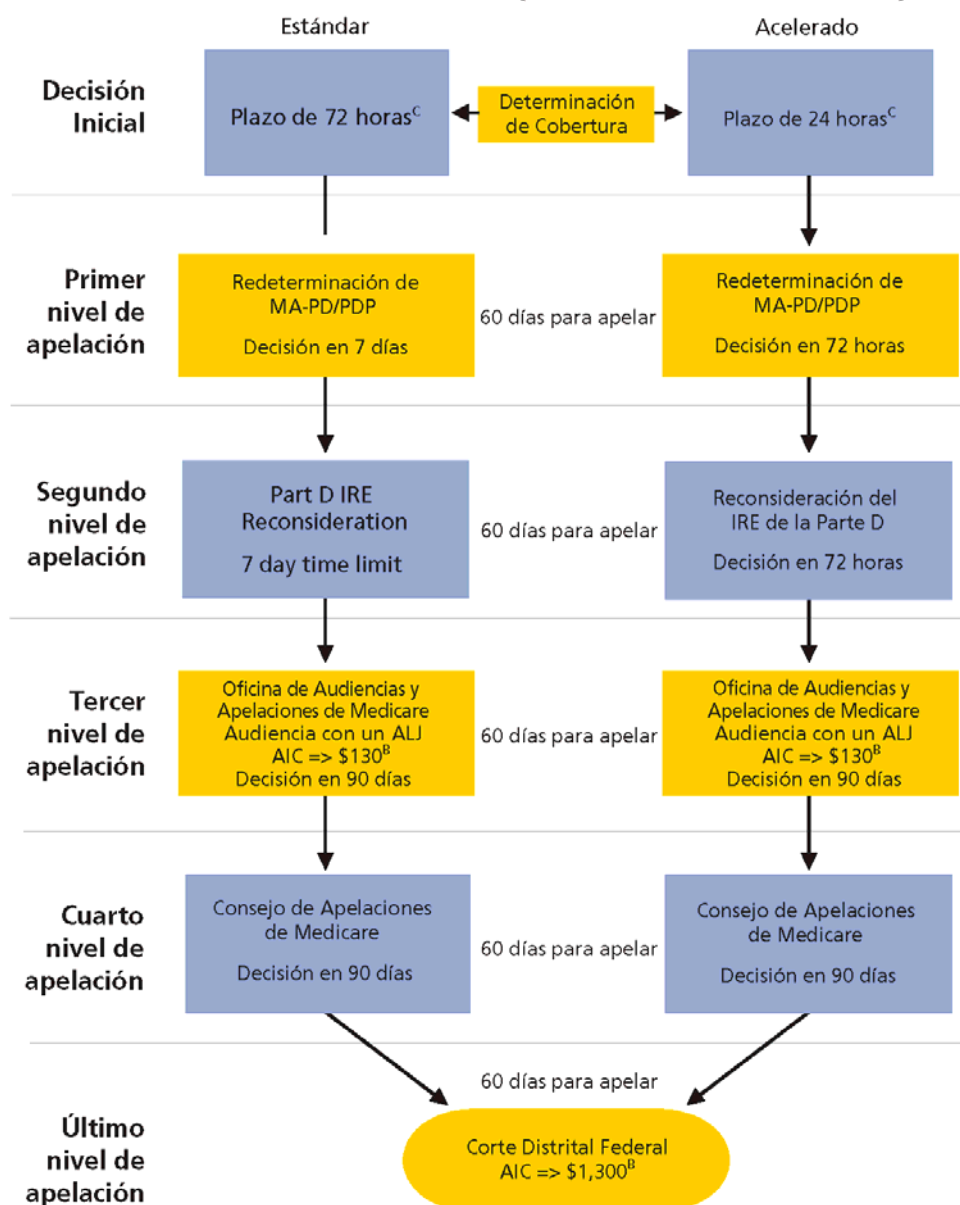
| Fecha de envío         | Remitente | Color de la carta                                                                        | Mensaje principal                                                                                                                                                         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

| Fecha de envío         | Remitente     | Color de la carta                                       | Mensaje principal                                                                                                                                                                                                          | Lo que debe hacer el beneficiario |
|------------------------|---------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Diariamente - continuo | Seguro Social | <a href="#">Aviso inicial de determinación de IRMAA</a> | Se les envía a los beneficiarios que tienen la Parte B y/o la Parte D, cuando el Seguro Social determine que se puede aplicar alguna cantidad de IRMAA. El aviso incluye información sobre la determinación y cómo apelar. | Guardar esta carta.               |

A partir del 30 de marzo de 2011, disponible electrónicamente en <http://www.cms.hhs.gov/LimitedIncomeandResources/Downloads/2009Mailings.pdf>

## Apéndice G

### Proceso de la Parte D (Medicamentos Recetados)



## Apéndice H

| <b>Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) Completo (Ayuda Adicional para el 2011) – 48 Estados + DC</b>                                        |                                                                          |                                                                     |                                          |                      |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficiarios</b>                                                                                                                      | <b>Requisito de ingresos</b>                                             | <b>Requisito de recursos</b>                                        | <b>¿Debo solicitarla?</b>                | <b>Prima mensual</b> | <b>Deducible anual</b> | <b>Copago o coseguro por los medicamentos del formulario</b>                                                                                                                                                                                                                                       |
| Personas con Medicare y Medicaid que viven en una centro de cuidado a largo plazo                                                         | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                      | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                 | No. Se la otorgan en forma automática    | No                   | No                     | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Otras personas con Medicare y Medicaid y aquellos inscritos en un MSP                                                                     | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                      | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                 | No. Se la otorgan en forma automática    | No                   | No                     | Copago: \$1.10 genéricos (\$3.30 de marca si el ingreso es ≤ al 100% del FPL (\$902.50 mensuales si es soltero o \$1,214.17 casado)<br>Copago: \$2.50 genéricos \$6.30 de marca si el ingreso es ≤ al 100% del FPL o si está solamente en un MSP. <i>Después de \$6,477.50 no se cobra copago.</i> |
| Personas sin elegibilidad doble con ingresos < al 135% FPL                                                                                | \$1,218.38 mensuales si es soltero o \$1,639.13 o menos (casado)         | Entre \$8,180 o menos (soltero); o \$13,020 o menos (casado)*       | No, si recibe SSI, en caso contrario sí. | No                   | No                     | Copago: \$2.50 genéricos ó \$6.30 de marca. <i>Después de \$6,477.50 no se cobra copago.</i>                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) Parcial (Ayuda Adicional para el 2011) – 48 Estados + DC</b>                                         |                                                                          |                                                                     |                                          |                      |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Personas sin elegibilidad doble con ingresos < al 135% FPL y Recursos entre \$8,180 y \$12,640 (soltero); o \$13,010 y \$25,260 (casado)* | \$1,218.38 mensuales si es soltero o \$1,639.13 o menos (casado)         | Entre \$8,180 y \$12,640 (soltero); o \$13,020 y \$25,260 (casado)* | Sí                                       | No                   | \$63                   | Coseguro: 15% (hasta \$6,447.50)<br>Copago: \$2.50 genéricos ó \$6.30 de marca después del límite de \$6,447.50.                                                                                                                                                                                   |
| Personas sin elegibilidad doble con ingresos < al 135% FPL                                                                                | \$1,353.75 mensuales o menos si es soltero o \$1,821.25 o menos (casado) | \$12,640 o menos (soltero); o \$25,260 o menos (casado)*            | Sí                                       | Escala móvil         | \$62                   | Coseguro: 15% (hasta \$6,447.50)<br>Copago: \$2.50 genéricos ó \$6.30 de marca después del límite de \$6,447.50.                                                                                                                                                                                   |

\*Todos los límites de recursos incluyen \$1,500 para entierro

Actualizado el 17 de noviembre de 2010

## Apéndice H

| <b>Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) Completo (Ayuda Adicional para el 2011) – ALASKA</b>                                                 |                                                                          |                                                                     |                                          |                      |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficiarios</b>                                                                                                                      | <b>Requisito de ingresos</b>                                             | <b>Requisito de recursos</b>                                        | <b>¿Debo solicitarla?</b>                | <b>Prima mensual</b> | <b>Deducible anual</b> | <b>Copago o coseguro por los medicamentos del formulario</b>                                                                                                                                                                                                                                        |
| Personas con Medicare y Medicaid que viven en una centro de cuidado a largo plazo                                                         | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                      | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                 | No. Se la otorgan en forma automática    | No                   | No                     | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Otras personas con Medicare y Medicaid y aquellos inscritos en un MSP                                                                     | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                      | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                 | No. Se la otorgan en forma automática    | No                   | No                     | Copago: \$1.10 genéricos (\$3.30 de marca si el ingreso es ≤ al 100% del FPL (\$1127.50 mensuales si es soltero o \$1,517.50 casado)<br>Copago: \$2.50 genéricos \$6.30 de marca si el ingreso es ≤ al 100% del FPL o si está solamente en un MSP. <i>Después de \$6,477.50 no se cobra copago.</i> |
| Personas sin elegibilidad doble con ingresos < al 135% FPL                                                                                | \$1,522.13 mensuales o menos si es soltero o \$2,048.63 o menos (casado) | Entre \$8,180 o menos (soltero); o \$13,020 o menos (casado)*       | No, si recibe SSI, en caso contrario sí. | No                   | No                     | Copago: \$2.50 genéricos ó \$6.30 de marca. <i>Después de \$6,477.50 no se cobra copago.</i>                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) Parcial (Ayuda Adicional para el 2011) – ALASKA</b>                                                  |                                                                          |                                                                     |                                          |                      |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Personas sin elegibilidad doble con ingresos < al 135% FPL y Recursos entre \$8,180 y \$12,640 (soltero); o \$13,010 y \$25,260 (casado)* | \$1,522.13 mensuales o menos si es soltero o \$2,048.63 o menos (casado) | Entre \$8,180 y \$12,640 (soltero); o \$13,020 y \$25,260 (casado)* | Sí                                       | No                   | \$63                   | Coseguro: 15% (hasta \$6,447.50)<br>Copago: \$2.50 genéricos ó \$6.30 de marca después del límite de \$6,447.50.                                                                                                                                                                                    |
| Personas sin elegibilidad doble con ingresos entre el 135% y 150% del FPL                                                                 | \$1,691.25 mensuales o menos si es soltero o \$2,276.25 o menos (casado) | \$12,640 o menos (soltero); o \$25,260 o menos (casado)*            | Sí                                       | Escala móvil         | \$62                   | Coseguro: 15% (hasta \$6,447.50)<br>Copago: \$2.50 genéricos ó \$6.30 de marca después del límite de \$6,447.50.                                                                                                                                                                                    |

\*Todos los límites de recursos incluyen \$1,500 para entierro

Actualizado el 17 de noviembre de 2010

## Apéndice H

| <b>Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) Completo (Ayuda Adicional para el 2011) – HAWAI</b>                                                  |                                                                          |                                                                     |                                          |                      |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficiarios</b>                                                                                                                      | <b>Requisito de ingresos</b>                                             | <b>Requisito de recursos</b>                                        | <b>¿Debo solicitarla?</b>                | <b>Prima mensual</b> | <b>Deducible anual</b> | <b>Copago o coseguro por los medicamentos del formulario</b>                                                                                                                                                                                                                                         |
| Personas con Medicare y Medicaid que viven en una centro de cuidado a largo plazo                                                         | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                      | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                 | No. Se la otorgan en forma automática    | No                   | No                     | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Otras personas con Medicare y Medicaid y aquellos inscritos en un MSP                                                                     | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                      | Debe cumplir los requisitos estatales para Medicaid                 | No. Se la otorgan en forma automática    | No                   | No                     | Copago: \$1.10 genéricos (\$3.30 de marca si el ingreso es ≤ al 100% del FPL (\$1,038.33 mensuales si es soltero o \$1,396.67 casado)<br>Copago: \$2.50 genéricos \$6.30 de marca si el ingreso es ≤ al 100% del FPL o si está solamente en un MSP. <i>Después de \$6,477.50 no se cobra copago.</i> |
| Personas sin elegibilidad doble con ingresos < al 135% FPL                                                                                | \$1,401.75 mensuales o menos si es soltero o \$1,885.50 o menos (casado) | Entre \$8,180 o menos (soltero); o \$13,020 o menos (casado)*       | No, si recibe SSI, en caso contrario sí. | No                   | No                     | Copago: \$2.50 genéricos ó \$6.30 de marca. <i>Después de \$6,477.50 no se cobra copago.</i>                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) Parcial (Ayuda Adicional para el 2011) – HAWAI</b>                                                   |                                                                          |                                                                     |                                          |                      |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Personas sin elegibilidad doble con ingresos < al 135% FPL y Recursos entre \$8,180 y \$12,640 (soltero); o \$13,020 y \$25,260 (casado)* | \$1,401.75 mensuales o menos si es soltero o \$1,885.50 o menos (casado) | Entre \$8,180 y \$12,640 (soltero); o \$13,020 y \$25,260 (casado)* | Sí                                       | No                   | \$63                   | Coseguro: 15% (hasta \$6,447.50)<br>Copago: \$2.50 genéricos ó \$6.30 de marca después del límite de \$6,447.50.                                                                                                                                                                                     |
| Personas sin elegibilidad doble con ingresos entre el 135% y 150% del FPL                                                                 | \$1,557.50 mensuales o menos si es soltero o \$2,095 o menos (casado)    | \$12,640 o menos (soltero); o \$25,260 o menos (casado)*            | Sí                                       | Escala móvil         | \$63                   | Coseguro: 15% (hasta \$6,447.50)<br>Copago: \$2.50 genéricos ó \$6.30 de marca después del límite de \$6,447.50.                                                                                                                                                                                     |

\*Todos los límites de recursos incluyen \$1,500 para entierro

Actualizado el 17 de noviembre de 2010

**NOTAS:**

[illegible]

**NOTAS:**

[illegible]



**E-mail: [NMTP@cms.hhs.gov](mailto:NMTP@cms.hhs.gov)**  
**Website: [cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram](http://cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram)**

**Centers for Medicare & Medicaid Services**  
**7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244**