

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

Su guía sobre la
**Cobertura de
Recetas Médicas
de Medicare**



**Esta publicación oficial del
gobierno le informa sobre:**

- ★ Cómo funciona
- ★ La ayuda adicional para las personas con ingresos y recursos limitados
- ★ Cómo esta cobertura afectará a su cobertura de recetas médicas actual



Tabla de Contenido

Sección

- 1** **Introducción a la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas1-4**
- 2** **Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas 5-18**
- 3** **Ayuda con los Costos de su Cobertura Medicare de Recetas Médicas 19-28**
- 4** **Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas 29-48**
- 5** **Los Pasos para Escoger un Plan Medicare de Recetas Médicas 49-54**
- 6** **Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Recetas Médicas55-62**
- 7** **Para Más Información 63-70**

“Su Guía sobre la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas” no es un documento legal. Las normas oficiales del Programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Introducción a la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

La cobertura Medicare de recetas médicas es un seguro

La cobertura Medicare de recetas médicas (Parte D) le ayuda a pagar tanto por los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Usted puede escoger esta cobertura y Medicare le ayudará con los gastos. Para obtener esta cobertura debe escoger un plan e inscribirse.

Recuerde, aun si usted actualmente no toma muchos medicamentos, debe considerar inscribirse en uno de estos planes. A medida que se envejece, se necesitan más medicamentos para mantenerse sano. Para la mayoría de las personas, inscribirse cuando es elegible por primera vez significa pagar una prima mensual más baja, dado que si decide inscribirse más tarde tal vez deba pagar una penalidad. Usted puede inscribirse o cambiar de planes de medicamentos recetados a partir del 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre de cada año.

Recuerde, para obtener esta cobertura debe escoger un plan e inscribirse. Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Hay dos tipos de planes Medicare de recetas médicas.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

- Los Planes de Medicare de Recetas Médicas que agregan cobertura al Plan Original de Medicare, a algunos de los Planes de Costo de Medicare, a los Planes Privados de Pago-por-Servicio de Medicare (PFFS) que no ofrecen cobertura de medicamentos recetados y a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare.
- La mayoría de los Planes Medicare Advantage (como los HMO o PPO) y otros planes de salud de Medicare incluyen la cobertura de recetas médicas. Usted generalmente obtiene todos sus servicios médicos y medicamentos a través del plan.

El término “planes Medicare de recetas médicas” se usará a lo largo de toda la publicación para referirse a los Planes de Medicare de Recetas Médicas y a los planes de salud de Medicare que ofrecen cobertura de recetas médicas.

Para inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas, usted debe tener la Parte A (Seguro de Hospital) y/o la Parte B (Seguro Médico) de Medicare. Para inscribirse en un Plan de Salud de Medicare con cobertura de recetas médicas, debe tener la Parte A y B de Medicare. También debe vivir en el área de servicio del plan en el cual se inscribe.

1

Introducción a la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

La cobertura Medicare de recetas médicas es un seguro (continuación)

Los planes de Medicare para recetas médicas varían en qué medicamentos recetados cubren, cuánto tiene que pagar, y qué farmacias puede utilizar. Todos los planes Medicare de medicamentos recetados deberán brindar al menos un nivel estándar de cobertura determinado por Medicare. Sin embargo, los planes pueden ofrecer combinaciones de cobertura y costos compartidos diferentes. Tener una variedad de planes a elegir le da la oportunidad de escoger un plan que mejor responda a sus necesidades. Elegir un plan que mejor responda a sus necesidades le permite obtener la cobertura que usted desea al mejor precio posible.

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, compare los planes en su zona y escoja el que le convenga más. Si no se inscribe cuando es elegible para Medicare por primera vez, y no tiene una cobertura de medicamentos que sea en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de recetas médicas de Medicare (llamada **cobertura válida o acreditable de medicamentos**), y más tarde decide inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare, tendrá que pagar una **penalidad** por todo el tiempo que esté inscrito en su plan.

¿Cuál es la diferencia entre la cobertura que ofrece el plan de recetas médicas de Medicare y la Parte B para ciertos medicamentos?

La Parte B de Medicare ofrece una cobertura limitada de recetas médicas. La Parte B cubre ciertos medicamentos inyectables, el cáncer, y / o inmunosupresores. Usted paga el coseguro, y su parte del deducible de la Parte B. La Parte B también cubre vacunas para la gripe o la neumonía. Por lo general, los planes de Medicare para recetas médicas cubren las vacunas que no están cubiertas bajo la Parte B cuando son necesarias para prevenir la enfermedad.

Nota: Generalmente, la auto administración de medicamentos que usted recibe como paciente ambulatorio en una sala de emergencias o en la unidad de observación no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan de recetas médicas podría cubrir estos medicamentos en determinadas circunstancias. Es posible que tenga que pagar de su bolsillo por estos medicamentos y luego presentarle una reclamación a su plan para un reembolso. Llame a su plan para obtener más información.

Para obtener más información sobre lo que cubre el plan de recetas de Medicare, vea la Sección 2.

Ayuda adicional disponible para quienes la necesitan más.

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, podría obtener esta ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas. Vea la Sección 3 para más detalles.

1

Introducción a la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

Escoja la cobertura de recetas médicas más conveniente para sus necesidades.

Tómese su tiempo para escoger antes de tomar una decisión. Compare su cobertura actual con la de los planes de Medicare de recetas médicas. Esto puede incluir el revisar la cobertura de medicamentos que ya tiene, cómo la cobertura de su empleador o sindicato, TRICARE, el Departamento de Asuntos de Veteranos, el Servicio de Salud para Indígenas, o una **póliza Medigap**.

La cobertura que tiene ahora podría cambiar si obtiene la cobertura de recetas médicas de Medicare, por lo tanto, es importante que tenga en cuenta todas sus opciones.

Si tiene o es elegible para otro tipo de cobertura de medicamentos, lea atentamente los documentos que le manda su compañía de seguro o el plan. Algunos ejemplos de otro tipo de cobertura incluyen, la cobertura de recetas médicas que recibe de su empleador o sindicato, TRICARE, del Departamento de Asuntos de Veteranos, del Servicio de Salud para Indígenas o una póliza Medigap. Hable con su administrador de beneficios, el proveedor de su plan o compañía de seguro antes de hacer cualquier cambio a su cobertura actual.

Nota: La cobertura de recetas médica es un seguro. NO incluye las muestras gratis de los médicos, las tarjetas de descuento ni las clínicas gratuitas o sitios Web que ofrecen medicamentos con descuento.

La Sección 4 incluye información sobre cómo podría afectar esta cobertura de Medicare a su cobertura actual. Antes de inscribirse en un plan, lea esta información.

Ayuda disponible

Si necesita ayuda para comparar los planes o inscribirse en uno de ellos:

- Visite www.medicare.gov y obtenga información personalizada. La Herramienta de Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas puede informarle cuáles son los planes disponibles en su zona y las farmacias que puede usar.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (SHIP por su sigla en inglés) para asesoría gratuita sobre seguros. En la página 64 encontrará el teléfono del SHIP de su estado.
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.



Consejo: Aun si usted actualmente no toma muchos medicamentos, su inscripción en un plan de Medicare de recetas médicas le garantizará la cobertura que pudiera necesitar en el futuro.

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

Los planes Medicare de recetas médicas varían de acuerdo a los medicamentos que cubren, los gastos de su bolsillo y las farmacias que puede usar. El plan que escoja influirá en estos aspectos y en su tranquilidad presente y futura. El comparar los planes basándose en cobertura, costo, y conveniencia puede ayudarle a tomar una decisión sobre cual plan mejor responde a sus necesidades.

- **Cobertura**

Los planes de recetas médicas de Medicare cubren los medicamentos genéricos y los de marca. Todos los planes deben cubrir las mismas categorías de medicamentos, pero cada plan puede escoger los medicamentos específicos que están cubiertos en cada categoría. Pregúntele a su plan si cubre los medicamentos que usted necesita.

- **Costo**

Las primas mensuales y su parte del costo de los medicamentos recetados variarán de acuerdo al plan que escoja. Si tiene ingresos y recursos limitados, podría recibir ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas.

- **Conveniencia**

Los planes para recetas médicas tienen un contrato con las farmacias de su área. Llame al plan para asegurarse que las farmacias del plan que escoge estén ubicadas convenientemente. Algunos planes le permitirán ordenar sus medicamentos por correo.

¿Cuáles son los planes de Medicare de recetas médicas disponibles en mi zona?

Encontrará esta información en www.medicare.gov o llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. Consulte la Sección 5 para obtener información para comparar e inscribirse en un plan.

Las compañías que ofrecen estos planes pueden enviarle información y llamarlo, sin embargo, deben cumplir con la ley de “No llamadas” de mercadeo y no están autorizadas a vender los planes de puerta a puerta a menos que usted los invite a hacerlo. Recuerde de mantener segura su información personal (vea la página 56).

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

¿Cuánto me costará la cobertura de mis recetas médicas?

Sus costos variarán de acuerdo con los medicamentos que necesite, el plan en que se inscriba y si le otorgan la ayuda adicional para pagar por dicha cobertura. Todos los planes como mínimo deben brindarle el nivel estándar de cobertura descrito en página siguiente. Los planes pueden diseñar la cobertura de modos diferentes siempre que la misma sea al menos, tan buena como la cobertura estándar de Medicare descrita a continuación. **Llame a su plan si está interesado en obtener información detallada sobre sus costos.**

Lo que usted paga en un plan de medicamentos recetados de Medicare incluye:

- **Prima mensual**—La mayoría de los planes de recetas médicas le cobran una prima mensual que varía con cada plan. Usted paga esta prima además de la prima que paga por la Parte B de Medicare. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage o en un **Plan de Costo de Medicare** que incluye cobertura de medicamentos, su prima mensual incluye la cantidad de la cobertura para recetas médicas. Algunos planes no cobran una prima.
- **Deducible anual**—Es la cantidad que usted paga por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. Algunos planes de recetas médicas no cobran el deducible.
- **Copagos o coseguro**—Las cantidades que paga por sus medicamentos después de haber pagado el deducible. Usted paga una parte y el plan paga la otra.
- **Interrupción en la cobertura**—Algunos planes de recetas médicas tienen una interrupción en la cobertura. Esto significa que después que usted haya gastado cierta cantidad de dinero en medicamentos cubiertos, tendrá que pagar el costo total de los medicamentos mientras se encuentre en la interrupción de cobertura (período sin cobertura). Esta cantidad no incluye la prima mensual del plan. Usted tendrá que seguir pagando la prima aun durante la interrupción en la cobertura.

Cada estado tiene al menos un plan que ofrece algún tipo de cobertura durante la interrupción en la cobertura. Sin embargo, es importante saber que:

- Los planes con “falta de cobertura” pueden cobrarle una prima mensual más alta.
- Algunos planes sólo ofrecen medicamentos genéricos durante el período sin cobertura.
- Debe verificar con el plan primero para saber si sus medicamentos están cubiertos durante el período sin cobertura (si lo ofrecen).
- **Cobertura catastrófica**—Una vez que haya alcanzado el límite de gastos de su bolsillo tendrá la llamada “cobertura catastrófica”. Lo que significa que sólo pagará un coseguro (como el 5% del costo del medicamento) o un copago (como \$2.25 o \$5.60 por cada receta médica) por el resto del año.

Nota: Si recibe ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos, parte o toda la prima mensual podría estar cubierta y no tendrá interrupción en la cobertura. Sin embargo, posiblemente tenga que pagar un copago pequeño o coseguro por cada medicamento recetado.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

¿Cuánto me costará la cobertura de mis recetas médicas? (continuación)

El ejemplo a continuación muestra los costos anuales para el 2008 de un plan que cumple con los estándares de Medicare.

El Sr. Toledo se inscribe en el plan de medicamentos recetados ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2008. El Sr. Toledo paga la prima mensual aun durante la interrupción en la cobertura, usa su tarjeta del plan de medicamentos de Medicare y no recibe ayuda adicional.

1. Deducible Anual	2. Copago/ Coseguro	3. Interrupción en la Cobertura	4. Cobertura Catastrófica
El Sr. Toledo paga los primeros \$275 del costo de sus medicamentos.	El Sr. Toledo paga un copago o coseguro y el plan paga una parte del costo de cada medicamento hasta que el total de gastos de medicamentos (incluyendo el deducible) alcance \$2,510.	El Sr. Toledo paga todo hasta que haya gastado de su bolsillo la suma de \$4,050. Esta cantidad incluye el deducible anual, el coseguro, los copagos y lo que pague durante la interrupción en la cobertura. No incluye el pago de la prima del plan.	Una vez que el Sr. Toledo haya gastado \$4,050 de su bolsillo en el año, su interrupción de cobertura termina. Tan solo tendrá que pagar un coseguro pequeño (como el 5%) o un copago pequeño (como \$2.25 o \$5.60) por cada medicamento hasta el final del año.

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

¿Cómo pagaré la prima del plan de Medicare para recetas médicas?

Hay varias maneras de pagar la **prima** del plan. De acuerdo al plan y a su situación, usted puede pagar la prima de cuatro maneras:

1. Deducirla de su cuenta de ahorro o cuenta corriente
2. Cargarla a su tarjeta de débito o de crédito
3. Que le envíen una factura directamente cada mes (algunos planes facturan por adelantado por la cobertura del mes siguiente)
4. Puede pedir que le deduzcan el monto de la prima de su beneficio del Seguro Social. Comuníquese con su plan o con el Seguro Social para averiguar sobre esta opción de pago. Si escoge esta opción, se combinará el pago de la prima de los dos primeros meses.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

Ejemplo: La Sra. Torres paga una prima mensual de \$25 y su cobertura comienza en enero. Su primer pago se cobra en febrero y es por un total de \$50. Esta cantidad incluye el pago de la prima de enero y febrero. Después del mes de febrero, sólo le deducirán del cheque del Seguro Social el equivalente al pago de la prima de un solo mes \$25.

Si escoge esta opción y tiene otro seguro o beneficio, como un plan de empleador o el beneficio del **Programa de Ayuda Farmacéutica** (SPAP por su sigla en inglés), que paga parte de la prima de su plan de recetas médicas, el Seguro Social deducirá el monto total de la prima mensual. Su plan de recetas médicas deberá devolverle la cantidad que pagó su seguro de empleador o SPAP. **Precaución:** Pueden haber demoras con su reembolso.

Ejemplo: El Sr. Moyano paga una prima mensual de \$20. Su SPAP o su seguro de empleador paga una parte de la prima (\$10).

- Si al Sr. Moyano le deducen del cheque del Seguro Social la cantidad total de la prima mensual (\$20). El plan de recetas médicas tendrá que enviarle al Sr. Moyano un reembolso equivalente a \$10 que es la parte que pagó su seguro de empleador o SPAP.
- Si el plan de recetas médicas envía una factura directamente al Sr. Moyano, él pagará su parte (\$10) al plan. Su SPAP o su seguro de empleador pagará la otra parte (\$10) directamente al plan.

Para más información sobre las primas de los planes de recetas médicas de Medicare o la manera de pagarlas, hable con su plan.

Si cumple con los requisitos para recibir la **ayuda adicional**, parte o toda la prima podría estar cubierta. Si desea más información, consulte las páginas 19–28.

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

¿Cuándo puedo inscribirme en un plan de recetas médicas?

Usted puede inscribirse, cambiar, o darse de baja de un plan:

- Cuando es elegible para Medicare por primera vez. Tres meses antes hasta tres meses después de cumplir 65 años. Si se inscribe en los tres meses anteriores a cumplir 65 años, su cobertura comenzará el primer día del mes en que cumple 65 años. Si se inscribe en el mes de su cumpleaños número 65, o durante los tres meses siguientes, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente al de su inscripción.
- Generalmente, si está incapacitado, puede inscribirse tres meses antes a tres meses después del mes número 25 de sus beneficios por incapacidad.
- Cada año entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre. Si se inscribe durante este período, su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.
- En cualquier momento, si calificó para la ayuda adicional. Esto incluye a las personas que tienen Medicare y Medicaid, pertenecen a un Programa de Ahorros de Medicare, reciben los beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (pero no Medicaid), y aquellos que solicitaron y calificaron.

Nota: En situaciones limitadas, usted podrá inscribirse o cambiar de plan en otro momento. Por ejemplo, usted puede cambiar de plan si se muda permanentemente de la zona de servicio de su plan o si es admitido, reside, o deja un asilo de ancianos.

Si actualmente dispone de cobertura de recetas médicas, usted debe revisar su cobertura cada otoño. Si está satisfecho con el costo, y el servicio al cliente de su cobertura, y su plan todavía se ofrece en su área, usted no tiene que hacer nada para continuar con su cobertura. No obstante, si decide que otro plan responde mejor a sus necesidades, usted puede cambiar a otro plan.

¿Cómo puedo cambiar mi plan?

Según la circunstancias, usted puede cambiarse a un nuevo plan de medicamentos simplemente inscribiéndose en otro plan durante uno de los períodos mencionados anteriormente. Usted no necesita comunicarle a su antiguo plan que está cambiando de plan. Su cobertura será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura del plan nuevo. Su nuevo plan le enviará una carta avisándole cuándo se inicia la cobertura.

¿Cómo me inscribo en un plan?

Debe inscribirse con la compañía que ofrece el plan que ha escogido. Llámelos para averiguar cómo inscribirse. Según la compañía, tal vez pueda hacerlo por teléfono, por correo o fax o en línea (Internet) usando una computadora. También podrá inscribirse a través de www.medicare.gov por Internet usando la herramienta de “Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas”.

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

¿Qué pasa si no me inscribo cuando soy elegible por primera vez?

En la mayoría de los casos, usted pagará una **penalidad** si no se inscribe cuando es elegible para Medicare por primera vez, y no tiene “cobertura acreditable” de **medicamentos** por 63 días seguidos o más. También, si interrumpe (cuando es elegible por primera vez) su cobertura de recetas médicas de Medicare por 63 días seguidos o más, tendrá que pagar una penalidad por inscripción tardía si decide inscribirse más tarde en un plan de Medicare para recetas médicas.

¿Cuál es el monto de la penalidad?

La penalidad se calcula cuando usted se inscribe en el plan. Para calcular su penalidad, multiplique el 1% de la prima promedio nacional del presente año (\$27.93 en el 2008), por el número de meses completos en que fue elegible para inscribirse en un plan de recetas médicas y no lo hizo. Esta cantidad debe redondearse. La cantidad será agregada a la **prima** mensual que paga por el plan, por el tiempo en que esté inscrito en el plan.

¿Qué información necesito para inscribirme en un plan de Medicare de recetas médicas?

Para inscribirse necesitará la información siguiente:

- Datos personales (nombre, fecha de nacimiento)
- Domicilio
- La información de su tarjeta de Medicare (número de Medicare)
- Cómo desea pagar la prima del plan
- Información sobre otro seguro

Cuando se inscriba en un plan, puede que le pidan la información siguiente, pero es opcional y no es un requisito necesario para su inscripción:

- Número de Seguro Social
- Dirección de correo electrónico
- Información sobre su contacto en caso de emergencia (nombre, etc.)
- Nombre, dirección y teléfono del asilo de ancianos o **institución** en la que vive

Una vez inscrito, la compañía le enviará los documentos que necesita como la tarjeta de miembro, el manual del plan, la **lista de medicamentos**, el directorio de proveedores y farmacias y los procedimientos para apelaciones y quejas.

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

¿Tendré una tarjeta separada para mi plan Medicare de recetas médicas?

Sí. Cuando se inscriba en un plan de medicamentos que trabaje con el **Plan Original de Medicare**, el plan le enviará una tarjeta para que la use cuando compre sus medicamentos. Su tarjeta, roja, blanca y azul de Medicare no cambiará, usted la seguirá usando para los servicios médicos y el hospital. Si se inscribe en un plan Medicare de recetas médicas que es parte de un plan de salud de Medicare (como un HMO o PPO), puede o no recibir una tarjeta nueva.

¿Qué hago si necesito comprar mi medicamento antes de recibir la tarjeta del plan?

Si aún no ha recibido la tarjeta, llame a su plan. Si necesita comprar un medicamento antes de que llegue su tarjeta, puede llevar a la farmacia cualquiera de estos comprobantes:

- La carta de reconocimiento, confirmación del plan, o la carta de bienvenida del plan
- El número de confirmación de inscripción que recibió de su plan y el nombre y número de teléfono del plan

También debe llevar su tarjeta de Medicare y/o **Medicaid** y su tarjeta de identificación con fotografía.

Si no tiene ninguno de los comprobantes mencionados, y el farmacéutico no tiene forma de comprobar la información, tal vez tenga que pagar la receta de su bolsillo. Si lo hace, guarde los recibos y comuníquese con su plan para que le reembolsen el pago.

Inscríbase a principios del mes. Así le dará tiempo al plan para que le envíe por correo todos los documentos, tales como su tarjeta de miembro, una carta de confirmación y el paquete de bienvenida antes de que empiece su cobertura. De este modo, aun si va a la farmacia el primer día de cobertura, podrá obtener sus medicamentos sin retraso.

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

¿Dónde puedo comprar mis medicamentos?

Cada compañía que ofrece un plan tendrá una lista de farmacias que trabajan con dicho plan. Si quiere seguir comprando sus medicamentos en la misma farmacia, debe averiguar si su farmacia preferida trabaja con su plan. Usted puede llamar a la farmacia, al plan, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visitar www.medicare.gov para averiguar si el plan que le interesa trabaja con la farmacia donde compra sus medicamentos.

Una vez inscrito, la compañía le enviará el directorio de farmacias. Para que su plan cubra sus medicamentos, debe comprarlos en una de las farmacias listadas en el directorio. Medicare requiere que sus planes tengan farmacias en lugares convenientes para usted. Los planes no pueden obligarlo a usar farmacias de pedido por correo, pero pueden ofrecerle esta opción.

¿Cuáles son las normas especiales de inscripción para las personas que padecen de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés)?

Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón) y está en el **Plan Original de Medicare**, puede inscribirse en un **Plan Medicare de Recetas Médicas** pero, generalmente no podrá hacerlo en un **Plan Medicare Advantage** u otro Plan de Salud de Medicare. Sin embargo, si ya está inscrito en uno de estos planes, puede quedarse o inscribirse en otro plan ofrecido por la misma compañía en el mismo estado. Si usted es miembro de un plan de salud (como a través de un ex empleador o sindicato) ofrecido por la misma compañía que ofrece uno o más Planes Medicare Advantage, es posible que pueda inscribirse en un Plan Medicare Advantage ofrecido por esa empresa. Si le han hecho un trasplante de riñón exitoso, tal vez pueda inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare.

Si padece de ESRD y está en un Plan Medicare Advantage y el mismo se retira del programa Medicare o ya no brinda cobertura en su área, usted tiene derecho por única vez a inscribirse en otro plan Medicare Advantage. No tiene que usar este derecho inmediatamente. Si se cambia directamente al Plan Original de Medicare después que su plan abandone Medicare o deje de brindar cobertura, igual tendrá por única vez el derecho a inscribirse en un plan Medicare Advantage en una fecha posterior siempre que el plan acepte miembros nuevos. Mientras esté inscrito en el Plan Original de Medicare, también podrá inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

También puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage conocido como Plan Medicare para Necesidades Especiales para los beneficiarios con ESRD, si hubiese uno disponible en su zona.

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

¿Cuáles son las normas especiales de inscripción para las personas que padecen de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés)? (continuación)

Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre ESRD y los Planes Medicare Advantage. Seleccione “Para Ordenar Publicaciones en Español” y revise la publicación “Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Servicios de Transplante de Riñón”. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

¿Cuáles son los medicamentos cubiertos por los planes de Medicare?

Los medicamentos que cubre cada plan varían, por lo tanto, no podemos incluir en esta publicación una lista válida para todos los planes. Todos los planes Medicare de recetas médicas deben asegurarse que las personas inscritas obtengan los medicamentos recetados que necesitan para tratar sus problemas médicos. A continuación (y en las próximas páginas) encontrará la descripción de algunos de los métodos que usan los planes para diseñar su cobertura de medicamentos. Si se familiariza con estos términos le será más fácil escoger la cobertura que le convenga más.

- **Lista de medicamentos** (Formulario)
- Autorización previa
- Límites de cantidad

Lista de Medicamentos (Formulario)

Cada plan de recetas médicas de Medicare tiene una lista de los medicamentos que cubre. Los planes deben cubrir medicamentos genéricos y de marca.

Ciertos medicamentos no están incluidos en la cobertura estándar de recetas médicas de Medicare. Dichos medicamentos son barbitúricos, benzodiazepinas, medicamentos para subir o bajar de peso, medicamentos para la disfunción eréctil y aquellos para aliviar los síntomas de resfríos. Algunos planes pueden ofrecer la cobertura de estos medicamentos como un beneficio adicional. Además, los planes generalmente no cubren los medicamentos sin receta. Algunos estados cubren estos medicamentos si tiene **Medicaid**.

La lista de medicamentos debe incluir una variedad en cada categoría recetada, para que las personas que padecen de distintos problemas de salud puedan recibir el tratamiento que necesitan. Todos los Planes Medicare para Recetas Médicas deben por lo general cubrir por lo menos 2 medicamentos en cada categoría, pero los planes escogen cuáles son los medicamentos específicos que están cubiertos en cada categoría. Los planes deben cubrir casi todos los medicamentos en 6 clases que incluyen antidepresivos, anticonvulsivos, antipsicóticos, inmunosupresores, medicamentos para el cáncer y para el tratamiento de VIH/SIDA.

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

Lista de Medicamentos (Formulario) (continuación)

Todos los planes de Medicare para medicamentos recetados deben negociar para obtener precios más baratos para los medicamentos que cubren. Esto significa que si usa los medicamentos del formulario del plan, por lo general ahorrará dinero. Otra manera de ahorrar dinero es comprando medicamentos genéricos.

Medicamentos genéricos

Según la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por su sigla en inglés), un medicamento genérico es igual al de marca en lo que respecta a la dosis, seguridad, potencia, calidad, el modo en que funciona, el modo en que se administra y el modo en que debe de ser usado. Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes activos que los de marca y funcionan de la misma manera. Por lo tanto, tienen los mismos riesgos y beneficios que los medicamentos de marca. Los fabricantes de medicamentos genéricos deben probarle a la FDA que su producto funciona del mismo modo que el de marca. Hoy en día, casi la mitad de todas las recetas médicas se venden bajo la forma genérica. En algunos casos, puede que no haya una alternativa genérica disponible para el medicamento de marca que usted toma. Hable con su médico.

Consejo: El plan no está obligado a decirle con anterioridad si hace un cambio que reducirá sus costos o si quita un medicamento del formulario porque la FDA ha retirado dicho medicamento del mercado por cuestiones de seguridad.

Niveles

Para bajar los costos, muchos planes clasifican los medicamentos en varios “niveles” con distintos costos. Cada plan puede dividir sus niveles de manera diferente. A continuación le brindamos un ejemplo. Un medicamento ubicado en un nivel menor le costará menos que el del nivel más alto.

Ejemplo:

- Nivel 1—Medicamentos genéricos. Este nivel es el que cuesta menos
- Nivel 2—Medicamentos de marcas preferidos. Estos medicamentos cuestan más que los del Nivel 1
- Nivel 3—Medicamentos de marcas no preferidos. Estos medicamentos cuestan más que los del Nivel 1 y 2.

El formulario puede que no incluya el medicamento que usted toma. Sin embargo, en la mayoría de los casos, habrá otro similar que es seguro y eficaz.

El formulario de su plan puede cambiar durante el año debido a nuevos medicamentos, cambios en terapias, y nueva información médica esté disponible. Si se realiza un cambio y cualquiera de ellos afecta al medicamento que usted toma, el plan debe avisarle por lo menos 60 días antes de hacer el cambio. Puede que usted tenga que cambiar de medicamento o pagar más por el. En la mayoría de los casos, el cambio no se aplicará a su caso hasta que haya terminado el año. También puede pedir una **excepción**. Vea la página 57.

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

Autorización Previa

Los planes pueden tener ciertos medicamentos cuya cobertura requiera una autorización previa. Lo que significa que antes que el plan cubra esos medicamentos, su médico debe demostrarle al plan que hay un motivo médico por el cual usted debe usar ese medicamento en particular. Los planes usan esta autorización previa para asegurarse de que los medicamentos sean usados correctamente y sólo cuando sean **necesarios por razones médicas**. Llame a su plan para más información sobre autorización previa antes de hablar con su médico.

Terapia en Etapas/Pasos

La llamada terapia en etapas/pasos es un tipo de autorización previa, en la que en la mayoría de los casos usted primero debe usar ciertos medicamentos de bajo costo que han sido efectivos para tratar a muchos pacientes que tienen problemas similares al suyo, antes de pasar al “paso” siguiente y tomar un medicamento más caro. Por ejemplo, algunos planes pueden tener como requisito que primero use la alternativa genérica (si la hubiese), luego el medicamento de marca preferido de más bajo costo del formulario antes de comprar el medicamento cubierto de marca que sea más caro.

Ejemplo de terapia en etapas/pasos

Paso 1– El Dr. Crespo desea recetar el inhibidor ACE para tratar la insuficiencia cardiaca del Sr. Montes. Hay más de un tipo de inhibidor ACE. Algunos de los medicamentos que piensa recetar son de marca de acuerdo al plan de recetas médicas del Sr. Montes. El plan exige que el Dr. Crespo recete primero el medicamento genérico lisinopril. Para la mayoría de las personas lisinopril es tan eficaz como el medicamento de marca.

Paso 2– El Sr. Montes toma lisinopril pero tiene efectos secundarios adversos o su mejoría ha sido limitada, su médico le receta un medicamento de marca como Prinivil® o Zestril®. El plan de recetas médicas del Sr. Montes ahora cubrirá el medicamento de marca

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

Sin embargo, si usted ya probó con el medicamento similar y no funcionó, o si su médico cree que por motivos de salud es necesario que tome la medicina que le fue recetada de la terapia en pasos, puede comunicarse con el plan y pedir una **excepción**. Si la aprueban, el medicamento será cubierto.

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

Límites de Cantidad

Por motivos de seguridad y costo, los planes podrían limitar la cantidad de los medicamentos que cubren durante un período determinado de tiempo. Por ejemplo, las personas a las que se les receta un medicamento para la acidez deben tomar una tableta al día por 4 semanas. Por lo tanto, el plan sólo podría cubrir la receta inicial para 30 días. Si necesita renovar su receta para el medicamento, hable con su médico.

Si su médico considera que debido a su problema de salud no es apropiado poner un límite a la cantidad, usted o su médico puede llamar al plan para solicitar una **excepción**. Si se la aprueban no se aplicará un límite de cantidad para dicho medicamento.

¿Qué ocurre si tomo un medicamento que no está en el formulario o en la terapia en pasos de mi plan cuando mi cobertura entra en vigencia?

Su plan le dará por única vez un suministro para 30 días del medicamento que toma durante los primeros 90 días de su inscripción al plan. Medicare le exige a los planes que otorguen al nuevo miembro y al médico 30 días para buscar un medicamento del formulario que tenga el mismo resultado al medicamento actual. Puede que para las personas en instituciones (como un asilo de ancianos) se estipulen normas diferentes.

Sin embargo, si usted ya intentó con un medicamento similar y no funcionó, o si su médico considera que por su problema de salud sólo puede tomar un cierto medicamento, usted o su médico puede llamar al plan y pedir una excepción tan pronto reciban su suministro temporero de 30 días. Si se aprueba la excepción solicitada, el plan pagará por el medicamento. Si la excepción no es aprobada, puede apelar la decisión. Si desea más información, consulte las páginas 58–60.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

2

Cómo Funciona la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas

¿Qué ocurre si me inscribo en un plan y luego mi médico cambia mi receta?

Si su médico debe cambiar su receta o debe recetar un medicamento nuevo, entréguele una copia de la lista de medicamentos de su plan.

Si su médico le receta un medicamento que no está en la lista de su plan y usted no tiene otro seguro que cubra las recetas médicas de los pacientes ambulatorios, usted (o su médico) puede solicitar una **excepción**.

Si aun así el plan no cubre el medicamento que necesita, puede apelar la decisión. Si desea obtener el medicamento antes de que se tome una decisión sobre su apelación, tal vez tenga que pagar el precio del medicamento de su bolsillo. Si gana la apelación, el plan le reembolsará el precio del medicamento. Para más información sobre que hacer si el plan no cubre un medicamento, vea las páginas 57–58.

La lista y los precios de los medicamentos pueden cambiar. Sin embargo, usted puede averiguar sobre estos cambios llamando al plan o en el sitio Web de la compañía donde obtendrá la lista de medicamentos actualizada y los precios.



Consejo: Si tiene ingresos y recursos limitados, solicite la ayuda adicional para pagar por su cobertura de medicamentos recetados.

Ayuda con los Costos de su Cobertura Medicare de Recetas Médicas

Si usted es una persona con ingresos y recursos limitados, podría obtener **ayuda adicional** para pagar por su cobertura de recetas médicas.

Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la **prima** mensual, el **deducible** y los **copagos** del plan de Medicare. El monto de la ayuda adicional dependerá de sus ingresos y recursos. Para obtener esta ayuda adicional tendrá que inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare. La tabla en las páginas 20 y 22 muestran lo que usted pagará por sus medicamentos basado en sus ingresos y recursos con el beneficio adicional de Medicare.

Nota: Las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, Samoa Americana, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el Estado Libre Asociado de las Islas Marianas del Norte brindan a sus residentes ayuda adicional para pagar por sus medicamentos. En general, esta ayuda adicional es para los residentes de esas áreas que califiquen para Medicaid. Además, la ayuda adicional no es la misma que se ofrece en otras partes de Estados Unidos. Para más información sobre esta reglamentación, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Elegibilidad para la ayuda adicional

1. Usted es elegible automáticamente para recibir la ayuda adicional y no necesita solicitarla:

Medicare envía cartas de color púrpura a las personas que son elegibles automáticamente para recibir la ayuda adicional.

Usted es elegible automáticamente para recibir la ayuda adicional y no necesita solicitarla si:

- Tiene la cobertura completa del programa Medicaid de su estado. Medicaid ya no paga por la mayoría de los medicamentos recetados a las personas con Medicare.
- Recibe ayuda de Medicaid para pagar las primas de la Parte B de Medicare (pertenece a un Plan de Ahorros de Medicare).
- Recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) pero no los beneficios de Medicaid.

Si no se inscribe en un plan de recetas médicas, Medicare lo inscribirá en un plan para que no pierda ni un día de cobertura. Usted puede retirarse o cambiar de plan en cualquier momento. Si Medicare lo inscribe, le enviará una carta en papel verde o amarillo avisándole cuando se inicia su cobertura. Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre las medicinas recetadas que usted necesita y si puede comprar en la farmacia que usted desea. Si no, puede cambiar de plan. Si no desea inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare (por ejemplo, porque prefiere quedarse con su cobertura de empleador o sindicato), puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan que aparece mencionado en la carta y avisarles que no desea inscribirse en el plan de recetas médicas de Medicare. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

3

Ayuda con los Costos de su Cobertura Medicare de Recetas Médicas

Los Costos de los Planes de Recetas Médicas si **Califica Automáticamente** para la Ayuda Adicional

Si tiene Medicare y	Su prima mensual*	Su deducible anual	Su costo por receta en la farmacia (hasta \$4,050**)	Su costo por receta en la farmacia (después de \$4,050**)
la cobertura completa de Medicaid y por cada mes que estuvo en una institución como un asilo de ancianos	\$0	\$0	\$0	\$0
la cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual de o por debajo de \$10,400–soltero o \$14,000–casado	\$0	\$0	No más de \$1.05 por medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos, no más de \$3.10 por los de marca	\$0
la cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual por encima de \$10,400–soltero o \$14,000–casado	\$0	\$0	No más de \$2.25 por medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos, no más de \$5.60 por los de marca	\$0
obtiene ayuda de Medicaid para pagar por sus primas de Medicare	\$0	\$0	No más de \$2.25 por medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos, no más de \$5.60 por los de marca	\$0
recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) pero no tiene Medicaid	\$0	\$0	No más de \$2.25 por medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos, no más de \$5.60 por los de marca	\$0

Notas: *Hay planes que no cobran una prima. Otros en los que tendrá que pagar una parte de la prima aun si es elegible para la ayuda adicional. Informe a su plan que es elegible para recibir la ayuda adicional y pregúntele cuánto pagará por la prima.

** El costo por receta disminuye una vez que lo que usted haya pagado más la ayuda adicional de Medicare alcance los \$4,050 por año.

Los niveles de ingreso son para el año 2008 y pueden aumentar cada año. Si vive en Alaska o Hawaii, o usted o su cónyuge pagan al menos la mitad de los gastos de los dependientes que vivan con usted, o si trabaja, estos límites pueden ser más altos. Los costos compartidos que mencionamos son para el 2008 y pueden cambiar cada año.

3

Ayuda con los Costos de su Cobertura Medicare de Recetas Médicas

Elegibilidad para la ayuda adicional (continuación)

2. Usted puede solicitar la ayuda adicional y obtenerla

Si piensa que reúne los requisitos, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov o solicítela en su Oficina Estatal de Asistencia Médica (**Medicaid**). Solicitar la ayuda no implica ningún riesgo ni costo. Recuerde, aun si es elegible para la ayuda adicional, usted debe inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare para recibirla.

Si solicita y le otorgan la ayuda adicional, Medicare lo inscribirá en un plan de recetas médicas si usted aun no lo hizo, para asegurarse de que obtenga ayuda para pagar por sus recetas médicas. Medicare le enviará una carta por correo en papel de color verde avisándole cuando se inicia su cobertura. Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre las medicinas recetadas que usted necesita y si puede comprar en la farmacia que usted desea. Si el plan que escogió Medicare no le conviene, puede cambiar de plan en cualquier momento.

Si no desea inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare (por ejemplo, porque prefiere quedarse con su cobertura de empleador o sindicato), puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan que aparece mencionado en la carta y avisarles que no desea inscribirse en el plan de recetas médicas de Medicare. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

3

Ayuda con los Costos de su Cobertura Medicare de Recetas Médicas

Los Costos de los Planes de Recetas Médicas si **Solicita y Califica** para la Ayuda Adicional

Si tiene Medicare y	Su prima mensual*	Su deducible anual	Su costo por receta en la farmacia (hasta \$4,050**)	Su costo por receta en la farmacia (después de \$4,050**)
su ingreso mensual es menos de \$14,040–soltero \$18,900–casado Con recursos que no excedan \$7,790–soltero \$12,440–casado	\$0	\$0	No más de \$2.25 por medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos , no más de \$5.60 por los de marca	\$0
su ingreso mensual es menos de \$14,040–soltero \$18,900–casado Con recursos que no excedan \$7,790 y \$11,990–soltero \$12,440 y \$23,970–casado	\$0	\$56	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	No más de \$2.25 por medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos , no más de \$5.60 por los de marca
su ingreso mensual es menos de \$14,040 y \$14,560–soltero \$18,900 y \$19,600–casado Con recursos que no excedan \$11,990–soltero \$23,970–casado	25%	\$56	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	No más de \$2.25 por medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos , no más de \$5.60 por los de marca
su ingreso mensual es menos de \$14,560 y \$15,080–soltero \$19,600 y \$20,300–casado Con recursos que no excedan \$11,990–soltero \$23,970–casado	50%	\$56	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	No más de \$2.25 por medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos , no más de \$5.60 por los de marca
su ingreso mensual es menos de \$15,080 y \$15,600–soltero \$20,300 y \$21,000–casado Con recursos que no excedan \$11,990–soltero \$23,970–casado	75%	\$56	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	No más de \$2.25 por medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos , no más de \$5.60 por los de marca

Lea las notas debajo de la tabla en la página 20 para más información.

3

Ayuda con los Costos de su Cobertura Medicare de Recetas Médicas

Cómo Solicitar la Ayuda Adicional

¿Cuáles son los ingresos y recursos que se tienen en cuenta?

- Se tienen en cuenta sus ingresos y recursos.
- Si es casado y vive con su cónyuge, se cuentan los ingresos y recursos de ambos aun si sólo uno de ustedes está solicitando la **ayuda adicional**.
- Si es casado y en el momento de solicitar la ayuda no vive con su cónyuge, sólo se tiene en cuenta sus ingresos y recursos.

Aviso: Las personas casadas que viven juntas, y solicitan la ayuda adicional a través del Seguro Social, pueden usar el mismo formulario para solicitar el beneficio adicional.

¿Cuáles son los ingresos que se tienen en cuenta?

Se consideran como ingresos todo dinero en efectivo, bienes o servicios que pueden ser usados para cubrir sus necesidades de vivienda y alimentos. El cuadro a continuación le brinda ejemplos de los ingresos que son y no son tenidos en cuenta por SSA o su estado al momento de decidir si se le otorga la ayuda adicional. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a:

Ingresos tomados en cuenta

- Salario
- Ganancias si es su propio empleador
- Beneficios del Seguro Social
- Beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario
- Beneficios para Veteranos
- Pensiones
- Rentas
- Manutención
- Ingreso de renta
- Compensación al trabajador

Ingresos no tomados en cuenta

- Reembolsos de impuestos
- Ayuda subvencionada por el estado o gobierno local
- Pagos para familia adoptiva
- El valor de los gastos por los que una persona incapacitada o ciega debe trabajar

3

Ayuda con los Costos de su Cobertura Medicare de Recetas Médicas

Cómo Solicitar la Ayuda Adicional (continuación)

¿Cuáles son los recursos que se tienen en cuenta?

El Seguro Social y su estado deben tener en cuenta sus recursos para decidir si le otorgan la ayuda adicional. Sus recursos incluyen el dinero en efectivo y otros recursos que usted pudiera convertir en dinero en efectivo en 20 días laborables. El cuadro a continuación le brinda ejemplos de los recursos que son y no son tenidos en cuenta. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a:

Recursos tomados en cuenta

- Cuentas en instituciones financieras (cuentas de ahorro, cuentas corrientes; mercado de valores, certificados de depósito y jubilación como cuentas de retiro individuales (IRA) o cuentas 401 (k))
- Acciones
- Bonos
- Bonos de cajas de ahorro
- Acciones de fondos mutuos
- Pagarés
- El valor de una propiedad que no esté relacionada a su casa

Recursos no tomados en cuenta

- Pólizas de seguro de vida cuyo valor nominal combinado sea de \$1,500 o menos (o \$3,000 o menos para usted y su cónyuge).
- La casa en la que vive y el terreno
- Reliquias familiares o sortijas de compromiso o boda
- Propiedad comercial o negocio que es lo que le permite mantenerse
- Propiedad que no es comercial y que es lo que le permite mantenerse
- Fondos que ha recibido o ahorrado para pagar por servicios médicos y/o sociales

¿Qué ocurre después que la solicito?

Si presenta una solicitud impresa (papel), SSA le enviará una carta por correo avisándole que recibieron su solicitud. Si presenta la solicitud en línea (Internet), recibirá un recibo por Internet. Si cualquiera de las dos solicitudes está incompleta, SSA le enviará una carta o lo llamará para pedirle la información que falta. Una vez que SSA o su estado haya tomado una decisión, recibirá una carta por correo informándole si reúne los requisitos, cuánto le otorgarán y cuál es el paso siguiente.

3

Ayuda con los Costos de su Cobertura Medicare de Recetas Médicas

¿Por cuánto tiempo recibiré la ayuda adicional?

Si solicita y califica para la ayuda adicional

Si reúne los requisitos la **ayuda adicional** seguirá en efecto por todo el año siempre que esté inscrito en un plan Medicare para recetas médicas y no haya un cambio en sus ingresos (excluyendo el ajuste por costo de vida), en sus recursos o en el número de integrantes de su familia, o su estado civil no haya cambiado.

Los cambios de estado civil incluyen

- Matrimonio
- Divorcio
- Anulación
- Separación (permanente)
- Usted y su cónyuge vuelven a vivir juntos después de una separación
- Fallecimiento del cónyuge

Cualquiera de los cambios mencionados puede hacer que la ayuda adicional aumente, disminuya o termine.

Si solicitó la ayuda al Seguro Social (SSA) y se la otorgaron, debe comunicarle a SSA sobre cualquier cambio en su estado civil. Los cambios entrarán en vigencia al mes siguiente en que los haya reportado. Los cambios de ingresos, recursos o número de miembros en la familia deben comunicarse entre agosto y diciembre y cualquier cambio que influya sobre la ayuda adicional que recibe, entrará en vigencia el 1 de enero del año siguiente.

Si solicitó la ayuda a su estado y se la otorgaron, su estado debe tener normas que exigen que les informe sobre cambio en su situación.

Si automáticamente califica para la ayuda adicional

Usted no calificará automáticamente para la ayuda adicional el próximo año si no califica para **Medicaid**, deja de recibir ayuda de su programa estatal de Medicaid para pagar por las **primas** de la Parte B de Medicare (pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare), o deja de recibir los beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) pero no Medicaid.

Usted recibirá una carta (en papel gris) por correo durante el otoño si no califica automáticamente para la ayuda adicional en el próximo año. Recibirá un aviso (en papel anaranjado) si su **copagos** cambian y la nueva cantidad que tendrá que pagar. Si no recibe un aviso, usted obtendrá el mismo nivel de ayuda el próximo año que recibe este año.

Aun si no califica automáticamente para la ayuda adicional, usted puede ahorrar en los costos de su cobertura de medicamentos de Medicare.

Solicite la ayuda adicional para averiguar cuanto puede ahorrar.

3

Ayuda con los Costos de su Cobertura Medicare de Recetas Médicas

¿Qué ocurre si me niegan la ayuda adicional?

Usted tiene el derecho de apelar la decisión. Si la solicitó a SSA, le deben dar una audiencia telefónica a menos que usted elija una revisión del caso. De cualquier manera, SSA revisará las partes de la decisión con las que usted no está de acuerdo y estudiará los nuevos datos que les haya proporcionado. También revisará aquellas partes que usted piensa que son correctas. La persona que decida sobre su caso no habrá participado en la primera decisión.

Para solicitar una apelación, llame a SSA al número sin cargo 1-800-772-1213. También puede obtener una copia del formulario SSA-1021, “Pedido de Apelación de la Determinación de la Ayuda con los Costos de los Planes Medicare de Recetas Médicas” en www.socialsecurity.gov por Internet.

Si desea apelar la decisión, recuerde:

- Tiene 60 días para hacerlo
- Los 60 días comienzan al día siguiente de haber recibido la carta de SSA denegando su solicitud. SSA considerará que usted recibió dicha carta 5 días después de la fecha de la carta, a menos que usted les demuestre que no la recibió en esos cinco días
- Usted puede pedirle a un amigo, abogado u otra persona que le ayude. Llame a SSA al 1-800-772-1213 para que le den una lista de grupos que pueden ayudarle con su apelación. Para buscar la oficina local del Seguro Social vaya a www.socialsecurity.gov y seleccione “Localice nuestra oficina usando su código postal”.

Si solicita la ayuda adicional a su estado, la carta que le envíen con la decisión debe incluir sus derechos y procedimientos de apelación. Si desea información sobre el proceso de apelación en su estado, llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid).

3

Ayuda con los Costos de su Cobertura Medicare de Recetas Médicas

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

¿Qué pasa si no cumplo los requisitos para recibir la ayuda adicional?

Igualmente puede escoger e inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare que satisfaga sus necesidades. Usted tendrá que pagar la **prima** mensual, el **deducible** anual (algunos planes no tiene deducible) y su parte del precio de sus medicamentos.

Si ahora no reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional, puede solicitarla nuevamente más adelante si sus ingresos y recursos cambian.

Hay programas en su estado que pueden ayudarle con sus costos de cobertura de medicamentos recetados. Llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) o al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (SHIP) para más información. La página tiene el número del SHIP de su estado. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov por Internet para obtener el número deseado. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.



Consejo: Compare los planes Medicare de recetas médicas para escoger el que responda a sus necesidades. Hay ayuda disponible para hacerlo.

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Busque la información que corresponda a su cobertura actual en la lista de la página 31. Lea sobre sus nuevas opciones de cobertura de medicamentos de Medicare. Tal vez encuentre en la lista más de una opción para usted.

Ayuda con las decisiones sobre la cobertura de recetas médicas

Si necesita ayuda para decidir, llame la **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (SHIP). En la página 64 encontrará el número de teléfono. También puede averiguar en www.medicare.gov o llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Medicare está trabajando con otros representantes del gobierno, grupos religiosos y de la comunidad, empleadores y sindicatos, médicos, farmacias y otras personas y organizaciones de su comunidad. Busque información sobre eventos en su periódico local o en los anuncios de la radio.

Si tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda recibir la **ayuda adicional** para pagar por su cobertura de recetas médicas (vea las páginas 19–28).

Consejo: La cobertura de medicamentos recetados es un seguro. NO son las muestras gratis de los médicos, las tarjetas de descuento, ni las clínicas gratuitas o sitios Web que ofrecen medicamentos con descuento.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

¿Qué más debo tener en cuenta antes de escoger mi cobertura de recetas médicas de Medicare?

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

Antes de tomar una decisión debe averiguar:

- Si ya tiene cobertura de recetas médicas, ¿cubre su plan al menos lo mismo que un plan de medicamentos recetados de Medicare (**cobertura acreditable**)? Su plan puede darle esta información.
- Si ya tiene cobertura de recetas médicas, ¿debe quedarse con su cobertura actual?
- ¿Cómo afectará los gastos de su bolsillo esta cobertura?
- Si espera para inscribirse en un plan para recetas médicas, ¿será más elevada la prima porque tendrá que pagar la penalidad? ¿Comenzará su cobertura cuando usted lo desea?
- ¿Hay algún plan en su área que cubra los medicamentos que usted necesita?
- ¿Puede obtener **ayuda adicional** para pagar por sus recetas si se inscribe en un plan de medicamentos recetados?
- ¿Pasa usted parte del año en otro estado? Esto puede ser importante si el plan le exige que use ciertas farmacias.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Encuentre en la página adecuada la información que corresponda a su situación.

Su Cobertura de Salud Actual	Página
Plan Original de Medicare	
Sólo tengo la Parte A y/o B y no tengo cobertura de recetas médicas	32
Tengo una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que no cubre las recetas médicas	32
Tengo una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que cubre las recetas médicas	33–34
Cobertura de Empleador o Sindicato incluida la Cobertura para Militares	
Tengo cobertura de recetas médicas a través de mi empleador actual o pasado o sindicato	35–36
Tengo un plan de Beneficios Médicos para Empleados Federales	37
Tengo TRICARE o beneficios de VA con cobertura de recetas médicas . . .	38
Planes de Salud de Medicare	
Tengo un plan de salud de Medicare sin cobertura de recetas médicas	39
Tengo un plan de salud de Medicare con cobertura de recetas médicas	40
Medicaid y otros Programas Federales o Estatales	
Tengo Medicaid	41
Recibo la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o ayuda de Medicaid para pagar por las primas de Medicare (Programa de Ahorros de Medicare) . .	42
Vivo en un asilo de ancianos u otra institución	43
Recibo beneficios del Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE)	44
Recibo ayuda del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)	45
Recibo ayuda del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)	46
Recibo atención médica del Servicio Médico para Indígenas, Tribu u Organización Médica Tribal o del Programa de Salud Urbano para Indígenas	47

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

Yo sólo tengo la Parte A y/o B del Plan Original de Medicare y no tengo cobertura de recetas médicas

Si tiene la Parte A y/o B (fíjese en su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul) y vive en la zona de servicio del plan, puede inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas. Usted puede escoger e inscribirse en un plan que responda a sus necesidades. Consulte el manual “Medicare y Usted”, visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener una **lista de planes de medicamentos recetados de Medicare** en su zona. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Tengo Medicare y una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) sin cobertura de recetas médicas

Si actualmente tiene Medicare y una póliza Medigap que no cubre sus medicamentos recetados, puede inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas que ayude a pagar por sus medicamentos. A continuación le mencionamos sus opciones.

- Usted puede quedarse con su póliza Medigap e inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare disponible en su zona.
- Usted puede inscribirse en un **Plan Medicare Advantage** disponible en su zona que incluya la cobertura de recetas médicas y recibir todos los servicios y la cobertura de medicamentos recetados a través del plan. **Si lo hace, su póliza Medigap no pagará deducibles, copagos u otros costos compartidos del Plan Medicare Advantage. Sin embargo, tal vez no pueda recuperar la misma póliza Medigap.** En algunos casos, quizá no pueda comprar ninguna póliza si deja el Plan Medicare Advantage. Usted legalmente puede quedarse con la póliza Medigap. Su derecho a comprar una póliza Medigap puede variar en cada estado.

Si desea información sobre la póliza Medigap, llame a la compañía de seguro que vende las pólizas Medigap.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que cubre mis recetas médicas y Medicare.

Antes del 2006, algunas **pólizas Medigap** incluían cobertura de recetas médicas. Si tiene una póliza Medigap que cubre las recetas médicas, la compañía de seguro Medigap le enviará un aviso detallado cada otoño describiendo sus opciones de cobertura y si su cobertura bajo la póliza es considerada cobertura acreditable. Usted debe tomar una decisión. Lea el aviso detenidamente si desea más información. A continuación le mencionamos algunas de sus opciones de cobertura:

- Usted puede inscribirse en un **Plan Medicare de Recetas Médicas** y quedarse con su póliza Medigap actual sin la cobertura de medicamentos recetados.
- Usted puede inscribirse en un **Plan Medicare Advantage** que incluya la cobertura de recetas médicas. Si se inscribe, recibirá todos los servicios de salud y la cobertura de medicamentos recetados a través del plan y no necesitará una póliza Medigap. Sin embargo, usted puede continuar usando su cobertura de medicamentos de Medigap si se inscribe en un **Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare** (MSA por su sigla en inglés), ya que los MSAs no ofrecen cobertura de recetas médicas.
- Puede quedarse con su póliza Medigap actual con la cobertura de recetas médicas incluida.

Consejo:

Comuníquese con su compañía de seguros Medigap antes de hacer cualquier cambio a su cobertura de recetas médicas.

La información que le envíe la compañía de seguro Medigap le explicará estas opciones en detalle. También puede comprobar con el departamento de seguros de su estado qué otras opciones usted puede tener para la cobertura de medicamentos recetados.

Si decide inscribirse en un Plan de Medicare de Recetas Médicas, puede quedarse con su póliza Medigap actual sin la cobertura de medicamentos recetados. Tendrá que avisarle a su compañía de seguro Medigap cuándo comienza su cobertura del plan de Medicare para que pueden quitar la parte de la cobertura de medicamentos y hacer el ajuste correspondiente a la prima mensual. En su mayoría, la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por las pólizas Medigap, en promedio, no es tan buena como la que ofrece Medicare. Lo que significa que en la mayoría de los casos, si se queda con su cobertura de recetas médicas de Medigap y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando es elegible por primera vez, si decide inscribirse después, tendrá que pagar una **penalidad**.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que cubre mis recetas médicas y Medicare (continuación)

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

Para más información sobre las **pólizas Medigap**, visite www.medicare.gov por Internet en español y seleccione “Materiales Educativos y Publicaciones en Español”. Revise la publicación “Selección de una Póliza Medigap 2008: Una Guía para las Personas con Medicare”. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo Medicare y la cobertura de recetas médicas de mi empleador actual o pasado o sindicato

Medicare ayuda a empleadores y sindicatos para que sigan brindando a los jubilados cobertura de medicamentos recetados de calidad. Antes de tomar una decisión acerca de su inscripción en un plan Medicare de recetas médicas, tiene que averiguar cómo trabajará su cobertura de empleador o sindicato con la de un plan Medicare de medicamentos. Su cobertura de empleador o sindicato puede cambiar si se inscribe en un plan Medicare de recetas médicas. Usted debe obtener información cada año de su empleador o sindicato (o del plan que administra su cobertura de recetas médicas) sobre cómo se compara la cobertura de su empleador o sindicato y la de un plan de medicamentos recetados de Medicare (si es **cobertura válida/acreditable de medicamentos**). Lea todos los documentos atentamente. La información le ayudará a entender sus opciones y tomar una decisión más fácilmente.

A continuación le mencionamos algunas respuestas que debe obtener antes de tomar una decisión:

- ¿Es su cobertura de empleador o sindicato, cobertura válida de medicamentos (en promedio, al menos tan buena como la de Medicare)? Si no lo es, usted pagará una **penalidad** si se inscribe en un plan Medicare de recetas médicas después de haber sido elegible por primera vez.
- ¿Cambiará su cobertura de empleador o sindicato, su elegibilidad y/o la de su cónyuge u otro miembro de su familia para participar en el plan de su empleador o sindicato si se inscribe en un plan Medicare de recetas médicas?
- ¿Cómo se comparan los gastos directos de su bolsillo de su cobertura de empleador o sindicato con los del plan de Medicare de recetas médicas?
- Si reúne los requisitos para la **ayuda adicional** para pagar por el costo de su plan Medicare de recetas médicas, ¿cómo se comparan los costos de su cobertura de empleador o sindicato con los del plan de Medicare de recetas médicas y la ayuda adicional?

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Consejo: Hable con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato antes de hacer cualquier cambio a su cobertura de salud.

Tengo Medicare y la cobertura de recetas médicas de mi empleador actual o pasado o sindicato (continuación)

Si su empleador o sindicato (o el de su cónyuge) determina que su cobertura actual, en promedio, **ES** al menos tan buena como la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare (llamada **cobertura válida/acreditable de recetas médicas**):

- Usted puede conservarla por todo el tiempo que su empleador o sindicato la ofrezca, y
- No tendrá que pagar una **penalidad** si su empleador o sindicato dejan de ofrecer la cobertura de medicamentos recetados, si se inscribe en un plan de Medicare de recetas médicas dentro de los 63 días de terminada su cobertura.

Aviso: Usted debe guardar cualquier documento que le envíe su empleador o sindicato en el que le informan que su cobertura de recetas médicas es válida. Tal vez deba mostrárselo a su plan de medicamentos recetados de Medicare si decide inscribirse más tarde, como prueba de que su cobertura es válida.

Si su empleador o sindicato (o el de su cónyuge) determina que su cobertura actual, en promedio, **NO** es al menos tan buena como la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare y usted desea inscribirse en un plan de Medicare, debe hacerlo cuando es elegible por primera vez para evitar el tener que pagar la penalidad.

Advertencia: Si deja su cobertura de empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarla. También es posible que no pueda dejar su cobertura de **recetas médicas** sin tener que dejar su cobertura de salud. Si cancela su cobertura de empleador o sindicato puede que afecte a la cobertura de sus dependientes.

Pregunte a su administrador de beneficios, cuáles son sus opciones.

Usted podría:

- Quedarse con su plan de medicamentos recetados de su empleador o sindicato e inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare para tener una cobertura más completa.
- Quedarse solamente con la cobertura de recetas médicas de su empleador o sindicato. Pero, si se inscribe en un plan Medicare de recetas médicas más tarde tendrá que pagar una penalidad.
- Dejar su cobertura actual e inscribirse en un **Plan Medicare de Recetas Médicas**, o inscribirse en un Plan de Salud de Medicare que cubra los medicamentos recetados.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo Medicare y un plan de Beneficios Médicos para Empleados Federales (FEHB por su sigla en inglés)

El programa FEHB ofrece cobertura de salud a los empleados federales activos y retirados.

- Si está cubierto por un plan de FEHB, recibirá información sobre su cobertura de recetas médicas y si es considerada **cobertura de medicamentos válida y/o acreditable** durante la época de apertura. Lea la información atentamente.
- Antes de hacer cualquier cambio comuníquese con la compañía de seguro de FEHB. Casi siempre será ventajoso quedarse con su cobertura actual sin hacer cambios. En la mayoría de los casos, será más ventajoso que se quede con su cobertura actual. Sin embargo, en algunos casos, si agrega la cobertura de recetas médicas de Medicare, podría obtener más cobertura y ahorros, especialmente si reúne los requisitos para recibir la **ayuda adicional**.
- Si reúne los requisitos para la ayuda adicional, le convendría comparar los costos de un plan Medicare de recetas médicas más la ayuda adicional con los de su cobertura de medicamentos de su plan de FEHB.
- Si alguna vez pierde su cobertura de FEHB y necesita inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas, en la mayoría de los casos, no tendrá que pagar una penalidad siempre que lo haga dentro de los 63 días de terminada su cobertura de FEHB.

Si desea más información, comuníquese con la Oficina de Gerencia de Personal o visite <http://www.opm.gov/insure/health> por Internet.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo Medicare y TRICARE o los beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) que incluyen la cobertura de recetas médicas

Si tiene los beneficios de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos, debe saber que:

- Mientras reúna los requisitos, su cobertura de medicamentos recetados de TRICARE, o de VA no cambiará. Usted recibirá información cada año sobre su cobertura de recetas médicas y si es considerada **cobertura de medicamentos válida y/o acreditable**. Lea la información atentamente.
- Si desea más información sobre su cobertura de salud de TRICARE o VA, debe comunicarse con su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio. Casi siempre será beneficioso que conserve su cobertura actual sin hacer cambios.
- Si reúne los requisitos para la **ayuda adicional**, le convendría comparar los costos de un plan Medicare de recetas médicas más la ayuda adicional con los costos de cobertura de medicamentos de TRICARE o VA.
- Si alguna vez pierde su cobertura de TRICARE o VA y necesita inscribirse en un plan de Medicare de recetas médicas, en la mayoría de los casos, no tendrá que pagar una penalidad siempre que lo haga dentro de los 63 días de terminada su cobertura de TRICARE o VA.

Si desea más información sobre los beneficios de VA, llame al Centro de Servicios de Beneficios Médicos de VA al 1-877-222-VETS (8387), visite su centro médico de VA local o visite www.va.gov/healtheligibility por Internet.

Si desea más información sobre TRICARE, llame al 1-800-363-5433 o visite www.tricare.osd.mil por Internet.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo un Plan de Salud de Medicare que no cubre las recetas médicas

Si tiene un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) u otro Plan de Salud de Medicare que no cubre sus recetas médicas, tal vez le convenga tener en cuenta otras opciones de cobertura de medicamentos.

- Pregunte a su Plan Medicare Advantage si ofrece una opción de cobertura de recetas médicas de Medicare. Si lo hace, usted puede cambiarse a esa opción.
- Si su plan actual no ofrece dicha cobertura, usted puede cambiarse a otro Plan de Salud de Medicare de su zona que ofrezca cobertura de recetas médicas.
- Si su plan actual no ofrece la cobertura de medicamentos, puede cambiar al **Plan Original de Medicare** e inscribirse en un **Plan Medicare de Recetas Médicas**.
- Si está inscrito en un **Plan de Costo de Medicare** que no ofrece cobertura de recetas médicas, puede inscribirse en un Plan de Medicare de Recetas Médicas separado para agregar la cobertura de medicamentos.
- Ninguno de los **Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)** y sólo algunos **Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS)** ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Si su Plan Medicare PFFS no ofrece cobertura de medicamentos recetados, o si tiene un Plan MSA, puede inscribirse en un plan de recetas médicas para obtener esta cobertura. Tenga en cuenta que si tiene un Plan MSA y un plan de medicamentos recetados, cualquier dinero que use de su cuenta MSA para pagar los deducibles del plan de recetas médicas de Medicare o los costos compartidos, cuentan hacia gastos directos de su bolsillo descritos en la página 7.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

Si se queda con su plan actual que no ofrece cobertura de medicamentos, y no se inscribe en un Plan Medicare de Recetas Médicas o tiene otro tipo de **cobertura de medicamentos acreditable**, tendrá que pagar una **penalidad** si desea inscribirse más tarde.

Si desea más información sobre sus opciones, comuníquese con su plan.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo un Plan de Salud de Medicare que cubre mis recetas médicas

Si tiene cobertura de medicamentos de un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) u otro Plan de Salud de Medicare, recibirá un aviso del plan explicándole sus opciones de cobertura de recetas médicas. En la mayoría de los casos, tendrá que obtener su cobertura de medicamentos de su plan.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

- Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage y se inscribe en un **Plan Medicare de Recetas Médicas**, se le dará de baja de su Plan Medicare Advantage y volverá al **Plan Original de Medicare**.
- Si está inscrito en un **Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS)** de Medicare que no ofrece cobertura de recetas médicas, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado para agregar dicha cobertura.
- Si está inscrito en un **Plan de Costo de Medicare** que ofrece cobertura de recetas médicas, igualmente puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados separado. Debe decidir si quiere obtener la cobertura de medicamentos de su plan de Costo o de un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si desea más información sobre sus opciones comuníquese con el plan.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo Medicare y Medicaid

Medicare le ayuda a pagar por sus medicamentos recetados en vez de **Medicaid**. Debido a que usted tiene Medicaid, Medicare le brindará **ayuda adicional** para pagar por los costos de su cobertura de medicamentos. Usted la recibirá automáticamente cuando se inscriba en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Vea las páginas 19–20 para información sobre los costos. Si vive en una **institución** (como un asilo de ancianos) no pagará nada por sus medicamentos cubiertos.

Si aun no se ha inscrito en un plan de medicamentos, Medicare lo inscribirá para que tenga cobertura de recetas médicas. Medicare le enviará un aviso, impreso en papel amarillo, informándole cuál es el plan en el que está inscrito y cuándo comienza la cobertura. Si decide cambiarse de plan puede hacerlo cada mes sin tener que pagar la penalidad.

El aviso también le dice que si usted (o su representante) han llenado las recetas desde la fecha en que la cobertura de su plan de recetas médicas comenzó, puede ser que usted pueda ser reembolsado por algunos de estos costos. Llame a su plan de medicamentos para obtener más información.

Si no desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados y tampoco quiere que Medicare lo inscriba, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y avíseles que no quiere inscribirse. **Advertencia:** Si llama al 1-800-MEDICARE y les dice que no desea inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare, puede que se quede sin cobertura de recetas médicas. Sin embargo, puede cambiar de idea e inscribirse en un plan de medicamentos en cualquier momento pero si lo hace más adelante, tendrá que pagar una **penalidad**.

En casos limitados, algunos programas estatales Medicaid pagan por los medicamentos que no están cubiertos por Medicare. Si continúa siendo elegible para Medicaid, este programa seguirá cubriendo los costos de los servicios de salud que Medicare no cubre. Si no está seguro de calificar para Medicaid, llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica. Para obtener el teléfono en su zona visite www.medicare.gov por Internet y en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Contactos Útiles”. O, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo Medicare y los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés), o ayuda de Medicaid para pagar mis primas de Medicare (pertenezco a un Programa de Ahorros de Medicare)

Si tiene Medicare y SSI o recibe ayuda de **Medicaid** para pagar sus **primas** de la Parte A y/o B de Medicare (o fue elegible para Medicaid durante todo o parte del año), usted puede recibir automáticamente la **ayuda adicional** para pagar los costos de cobertura de sus recetas médicas. No necesita solicitarla. Medicare le enviará una carta avisándole que es elegible automáticamente.

Debido a que pertenece a un Plan de Ahorros de Medicare o a que recibe los beneficios de SSI, Medicare le brindará ayuda adicional para pagar por su cobertura de medicamentos. Usted recibirá esta ayuda automáticamente cuando se inscriba en un plan Medicare de recetas médicas. Para más información sobre sus costos al recibir la ayuda adicional automáticamente, consulte las páginas 19–20. Escoja un plan que cubra los medicamentos que necesita.

Si aún no se ha inscrito en un plan de medicamentos, Medicare lo inscribirá para que tenga cobertura de recetas médicas.

Medicare le enviará un aviso impreso en papel verde informándole cuándo comienza la cobertura. Si lo desea puede cambiar de plan.

El aviso también le dice que si usted (o su representante) han llenado las recetas desde la fecha en que la cobertura de su plan de recetas médicas comenzó, puede ser que usted pueda ser reembolsado por algunos de estos costos. Llame a su plan de medicamentos para obtener más información.

Si no desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados y tampoco quiere que Medicare lo inscriba (por ejemplo, usted tiene **cobertura acreditable** a través de otro plan de medicamentos), llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y avíseles que no quiere inscribirse. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. **Advertencia:** Si llama al 1-800-MEDICARE y les dice que no desea inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare, si decide hacerlo más tarde tendrá que pagar una **penalidad**.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo Medicare y vivo en un asilo de ancianos o institución

- Si se muda, vive o deja un asilo de ancianos u otra **institución**, puede cambiar de **plan de Medicare de recetas médicas** en cualquier momento (mientras viva en la institución).
- Si no puede inscribirse por usted mismo, su representante autorizado puede inscribirlo en un plan que atienda sus necesidades.
- Si está en un centro de enfermería especializada recibiendo cuidado especializado cubierto por Medicare, sus recetas médicas generalmente estarán cubiertas por la Parte A (Seguro de Hospital) de Medicare.

Usted recibirá los medicamentos cubiertos de una farmacia de cuidado a largo plazo que trabaja con su plan. Esta farmacia de cuidado a largo plazo generalmente tiene un contrato, es propiedad de o es operada por su institución o asilo de ancianos.

Medicare inscribirá automáticamente en un plan Medicare de recetas médicas a los beneficiarios que tengan tanto Medicare como la cobertura completa de **Medicaid**, que vivan en instituciones. Si vive en un asilo de ancianos y tiene la cobertura completa de Medicaid, no pagará nada por sus medicamentos recetados una vez que Medicaid haya pagado por su estadía en el asilo por lo menos por un mes completo.

Nota: Las instituciones no incluyen a los establecimiento para la vida asistida o para adultos ni las residencias, o cualquier tipo de asilo de ancianos que no esté identificado por Medicare.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo Medicare y los beneficios del Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE por su sigla en inglés)

PACE combina los servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para los beneficiarios delicados de salud que viven o reciben la atención médica en la comunidad. Estos programas son en algunos estados, una opción conjunta de Medicare y **Medicaid**.

Usted no tiene que inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare porque obtendrá la cobertura de sus recetas médicas a través de PACE.

Advertencia: Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, le cancelarán la cobertura de PACE. Su plan del programa PACE no sólo cubre sus recetas médicas sino todos sus servicios de salud. Por lo tanto, si al inscribirse en un plan Medicare de medicamentos le cancelan la cobertura de recetas médicas de PACE, tampoco recibirá los servicios de salud de PACE. Si desea más información, comuníquese con su plan de PACE.

Si también tiene la cobertura completa de Medicaid, continuará con su cobertura de recetas médicas a través de su plan de PACE sin tener que pagar nada.

Si sólo tiene Medicare, continuará recibiendo sus servicios de salud y la cobertura de medicamentos a través de su plan de PACE. Usted seguirá pagando su prima mensual que será reducida porque ya no incluirá los medicamentos recetados. También pagará una prima separada por la cobertura de sus recetas médicas.

Si no tiene la cobertura de Medicaid, puede que igualmente reúna los requisitos para recibir la **ayuda adicional** para pagar por la cobertura de sus medicamentos. Si cree que cumple los requisitos, llame al 1-800-772-1213, visite www.socialsecurity.gov o vaya a la oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) y llene una solicitud para la ayuda adicional. Si desea más información sobre la ayuda adicional, vea las páginas 19–28.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

Tengo Medicare y recibo ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés) para pagar por mis medicamentos

Varios estados tienen programas que ayudan a ciertas personas a pagar por sus medicamentos. Cada estado tiene sus propias normas sobre el modo de brindar la cobertura de recetas médicas. Según el estado donde viva, el **Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)** ofrecerá la ayuda para pagar por sus medicamentos de distintas maneras. Algunos SPAP tal vez tengan como requisito que se inscriba en un plan Medicare de recetas médicas para seguir teniendo cobertura y luego cubrirán los costos que Medicare no cubra.

Si usted pertenece a un SPAP, no tiene que esperar hasta el período que va del 15 de noviembre al 31 de diciembre para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Tiene una oportunidad adicional cada año para inscribirse en un plan. Usted puede inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas.

- por primera vez,
- que trabaje específicamente con su SPAP, o
- cambiar a otro plan diferente al plan en que su SPAP lo ha inscrito.

Usted recibirá más información de su SPAP sobre cómo la cobertura de recetas médicas de Medicare afecta la ayuda que recibe actualmente.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Recibo ayuda del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP por su sigla en inglés)

La mayoría de los ADAPs sólo cubren los medicamentos relacionados con el VIH / SIDA. Dado que los ADAPs no cubren otras medicinas, no es considerado una **cobertura acreditable de recetas médicas**. Los ADAPs pueden variar en cada estado por lo cual debe consultar a su ADAP para aprender como la cobertura de su Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA trabajará con la cobertura de recetas médicas de Medicare.

Aviso: Si no tiene cobertura de medicamentos acreditable y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare cuando fue elegible por primera vez, tendrá que tener que pagar una **penalidad** por inscripción tardía si decide inscribirse más adelante.

Todos los planes de recetas médicas de Medicare cubrirán todos los medicamentos antirretrovirales. Su ADAP puede exigirle el inscribirse en un plan de Medicare para obtener beneficios de ADAP. Un ADAP puede cubrir las **primas, deducibles, coseguro y/o copagos** de Medicare para ayudar con sus costos de medicamentos. Consulte con su ADAP para ver si le exigen que se inscriba en un plan o si le ayudaran a pagar por sus costos médicos.

4

Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo Medicare y recibo atención del Servicio de Salud para Indígenas, Tribu u Organización de Salud Tribal o del Programa Urbano de Salud para Indígenas

- Muchas farmacias del Servicio de Salud para Indígenas o de la Organización de Salud Tribal trabajan con los planes de recetas médicas de Medicare para brindarle los medicamentos que necesita. La inscripción en uno de estos planes que trabaje con una farmacia de salud para indígenas lo beneficiará a usted y a su comunidad.
- Si tiene cobertura de sus recetas médicas a través de una farmacia de salud para indígenas, no tiene que pagar nada y su cobertura no será interrumpida.
- La inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare podría ser ventajoso para su proveedor de salud para indígenas porque el plan debe pagar su parte de los costos y el proveedor pagará el resto.
- Si tiene la cobertura completa de **Medicaid** y vive en un asilo de ancianos, no tendrá que pagar los medicamentos de su propio bolsillo. Si desea más información sobre cómo inscribirse, hable con su proveedor o con el coordinador de beneficios en su farmacia local de servicios de salud para indígenas.
- Usted tiene **cobertura acreditable de medicamentos** si recibe su cuidado de salud de los Servicios de Salud para Indígenas, de la Organización de Salud Tribal, o del Programa de Salud Indígena Urbano. Usted no tendrá que pagar una penalidad de inscripción tardía si se inscribe en un plan de Medicare de recetas médicas. Pídale una carta a su proveedor de salud para indígenas indicando que tiene cobertura acreditable.



Consejo: Antes de escoger un plan Medicare de recetas médicas, identifique su cobertura de salud actual entre las situaciones mencionadas en la página 31, e infórmese acerca de sus opciones de cobertura de medicamentos recetados.

Los Pasos para Escoger un Plan Medicare de Recetas Médicas

Los pasos mencionados a continuación pueden ayudarle a escoger un plan Medicare que cubra sus medicamentos recetados. Use las hojas de información y comparación en las páginas 50–51 como ayuda para escoger un plan. Usted puede inscribirse en un plan sin utilizar estas hojas, pero son herramientas útiles para organizar la información.

- 1er. Paso: **Reúna** información sobre su cobertura de medicamentos actual y sobre sus necesidades.
- 2do. Paso: **Compare** los planes Medicare de recetas médicas teniendo en cuenta sus necesidades.
- 3er. Paso: **Escoja** el plan que desea e **inscríbese** .

1er Paso: Reúna información sobre su cobertura de medicamentos actual y sobre sus necesidades

Antes de elegir un plan, sería conveniente que reúna información sobre su persona. Por ejemplo, sobre cualquier cobertura de recetas médicas que tenga actualmente así como una lista de sus medicamentos y las dosis que toma. También reúna cualquier aviso que haya recibido de Medicare, el Seguro Social, o información sobre cambios recientes a su plan actual de recetas médicas.

Si tiene cobertura de recetas médicas, debe averiguar si es **cobertura válida**. Su compañía de seguros o el proveedor del plan pueden darle esa información. Si no se han comunicado con usted, llame a su compañía de seguros, al proveedor del plan o al administrador de beneficios para averiguar.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

5

Los Pasos para Escoger un Plan Medicare de Recetas Médicas

Lista de los medicamentos recetados que toma.

Nombre del medicamento	Dosis (ml, mg)	Número de veces que lo toma al día	La cantidad que paga por mes

Fecha de hoy: _____

5

Los Pasos para Escoger un Plan Medicare de Recetas Médicas

2do. Paso: Compare los planes Medicare de recetas médicas teniendo en cuenta sus necesidades

Para obtener un lista de los planes Medicare de recetas médicas disponibles en su zona, consulte el manual “Medicare y Usted”, visite www.medicare.gov y use la Herramienta de Búsqueda de Planes Medicare de Recetas Médicas, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Cuando encuentre los planes que le interesan, use la herramienta de Búsqueda de Planes Medicare de Recetas Médicas en www.medicare.gov para obtener la información a continuación o llame a las compañías que los ofrecen y use esta hoja para anotar la información sobre esos planes.

Nombre del plan:

Prima Mensual \$	Deducible anual \$	Mis medicamentos cubiertos	Lo que pagué por cada receta	¿Puedo usar mi farmacia?	¿Puedo pedir que los envíen por correo?
		1.	1. \$		
		2.	2. \$		
		3.	3. \$		

Nombre del plan:

Prima Mensual \$	Deducible anual \$	Mis medicamentos cubiertos	Lo que pagué por cada receta	¿Puedo usar mi farmacia?	¿Puedo pedir que los envíen por correo?
		1.	1. \$		
		2.	2. \$		
		3.	3. \$		

Nombre del plan:

Prima Mensual \$	Deducible anual \$	Mis medicamentos cubiertos	Lo que pagué por cada receta	¿Puedo usar mi farmacia?	¿Puedo pedir que los envíen por correo?
		1.	1. \$		
		2.	2. \$		
		3.	3. \$		

5

Los Pasos para Escoger un Plan Medicare de Recetas Médicas

2do. Paso: Compare los planes Medicare de recetas médicas teniendo en cuenta sus necesidades.
(continuación)

Refiérase a los cuadros en las páginas 50–51. Compare los planes basándose en lo que es importante para usted de acuerdo a su situación y a los medicamentos que necesita. Tal vez le convenga preguntarse:

- ¿Cuál es el plan que cubre los medicamentos que necesito?
- ¿Cuál de estos planes me brinda el mejor precio para todos mis medicamentos?
- ¿Cuánto cuesta la **prima** mensual, el **deducible** anual y los **copagos** y **coseguro**?
- ¿Puedo agregar la cobertura de este plan a mi cobertura actual de medicamentos?
- ¿Cuál de los planes me permite usar la farmacia que yo quiero?
- ¿Cuál de los planes me permite comprar mis medicamentos por correo?
- ¿Cuál de los planes tiene cobertura en varios estados (en caso que lo necesitara)?
- ¿Aumentará mi prima porque esperé para inscribirme en un plan y tengo que pagar una **penalidad**?
- ¿Cuál es el índice de calidad de los planes?
- ¿Comenzará mi cobertura cuando yo lo desee?
- ¿Necesitaré tener protección en el futuro para cubrir los costos de medicamentos inesperados?
- ¿Estoy satisfecho con el servicio de mi plan Medicare de medicamentos recetados (si es que está inscrito y está evaluando sus opciones)?

Si necesita ayuda para tomar una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos, llame al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (SHIP por su sigla en inglés). En la página 64 encontrará el número de teléfono. También puede fijarse en www.medicare.gov o llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

5

Los Pasos para Escoger un Plan Medicare de Recetas Médicas

3er. Paso: Escoja un plan e inscríbese.

Una vez que haya escogido un plan que atienda sus necesidades, inscríbese. Cuando haya seleccionado un plan, llame a la compañía que lo ofrece y pregúnteles cómo inscribirse y cuáles son sus opciones para la inscripción. Tal vez pueda hacerlo por teléfono, llenando un formulario o por Internet. Cuando lo haga tendrá que dar el número de su tarjeta de Medicare.



Consejo: Proteja su información personal. No le dé información a cualquier persona que visite (o lo llame) inesperadamente con el propósito de venderle productos relacionados con Medicare.

Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Recetas Médicas

¿Qué puedo hacer si necesito asistencia para pedir la ayuda adicional o para inscribirme en un plan Medicare de recetas médicas?

Hay personas que pueden ayudarle o actuar en representación suya para inscribirlo en un plan Medicare de recetas médicas o solicitar la **ayuda adicional** para pagar por dicha cobertura.

Un representante legal o autorizado es una persona que por una ley estatal o federal, tiene el derecho legal (como un Poder Legal o una orden judicial) para actuar en su nombre.

Un representante legal o autorizado puede ayudarle a (o en su representación):

- Averiguar si usted califica para recibir la ayuda adicional para pagar por su cobertura de recetas médicas
- Inscribirse en un plan de Medicare de recetas médicas que atienda sus necesidades.

Un representante personal puede ayudarle a (o en nombre suyo), averiguar si usted califica para recibir la ayuda adicional para pagar por su cobertura de recetas médicas, pero **no puede inscribirlo en un plan Medicare de recetas médicas a menos que sea su representante legal.**

Un representante personal puede ser:

- La persona que actúa en su nombre si usted está incapacitado o no puede tomar decisiones por usted mismo.
- Cualquier persona que usted escoja para actuar como su representante (su cónyuge, su hijo o la persona que lo cuida.)
- Su “representante” que es la persona, agencia, organización o institución escogida por el Seguro Social para que actúe en su nombre.

¿Qué puedo hacer si mi inscripción en un plan Medicare de recetas médicas es rechazada?

Por lo general, los planes de recetas médicas de Medicare deben aceptar a todos los solicitantes elegibles que vivan en el área de servicio del plan, independientemente de su edad o estado de salud. Si envía el formulario de inscripción y se lo rechazan, la compañía de seguro le enviará una carta explicándole los motivos por los que le fue denegada. Comuníquese con su plan para averiguar sobre sus opciones.

6

Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Recetas Médicas

¿Cómo me protejo del fraude y del robo de identidad?

Llame GRATIS al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) si no está seguro de que su plan esté aprobado por Medicare. El saber sobre los **Planes Medicare Advantage** y los **Planes Medicare de Recetas Médicas** pueden ayudarlo a usted. Los planes y las personas que trabajan con Medicare **NO** pueden:

- Pedirle por teléfono su número de seguro social, el número de su cuenta bancaria, o el número de su tarjeta de crédito. (Sin embargo, si usted solicitó la **ayuda adicional** para pagar por sus gastos médicos y a su solicitud le falta información, una persona del plan puede llamarle para pedirle información la información que falta en su solicitud.)
- Ir a su casa sin ser invitado y venderle o endosar un producto relacionado con Medicare. Sin embargo, pueden llamarle. Sin embargo, no pueden llamarle si usted está registrado en el “Registro Nacional de No Llamar”.
- Ofrecerle dinero para inscribirse en su plan
- Inscribirlo en un plan por teléfono a menos que usted llame al plan
- Pedirle que pague por teléfono o por el sitio Web. El plan debe enviarle una factura.

Si usted está inscrito en un Plan Medicare de Recetas Médicas y piensa que el plan no está siguiendo esta reglas, llame al contratista de Medicare para la integridad de medicamentos al 1-877-SAFERX (1-877-772-3379).

El robo de identidad significa que alguien usa su información personal, como su nombre; su número de Seguro Social, su número de Medicare o de tarjeta de crédito; u otra información personal sin su consentimiento, para cometer un fraude u otro delito.

Si piensa que alguien está usando su información personal, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- La línea gratuita de fraude de la Oficina del Inspector General al 1-800-447-8477; los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-377-4950
- La línea para robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338; los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-866-653-4261.

Si desea más información sobre el robo de identidad, visite www.consumer.gov/idtheft por Internet.

6

Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Recetas Médicas

¿Qué puedo hacer si mi plan no cubre un medicamento que necesito?

Si su plan no cubre un medicamento que usted cree que debería estar cubierto o lo cubre pero a un costo más elevado usted:

- Tiene derecho a pedir una “**determinación de cobertura**” de su plan.
- Puede pagar por el medicamento y pedirle a su plan que le reembolse lo que ha pagado, solicitando una “determinación de cobertura”.
- Puede solicitar la determinación de cobertura si su plan tiene como requisito que primero pruebe con otro medicamento antes de pagar por el que le fue recetado, o si hay otras restricciones para ese medicamento, y usted o su médico están en desacuerdo con dichas restricciones.

Consejo:

Cualquier persona que usted designe, como un miembro de su familia o su médico, puede ayudarle a solicitar una determinación de cobertura o una apelación.

Usted, su médico, o representante legal puede llamar o escribirle al plan para solicitar que el plan cubra el medicamento que usted necesita. Usted puede escribir una carta o puede usar el formulario “Petición Modelo para la Determinación de Cobertura” para solicitar la determinación de cobertura de su plan. Puede obtener una copia del formulario visitando www.cms.hhs.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp por Internet.

Si quiere designar a un representante para ayudarle con su apelación, incluya documentación que demuestra la autoridad de la persona para representarlo, tal como el formulario “Nombramiento de Representante” (CMS-1696) completado. Para obtener una copia de este formulario, visite www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf por Internet.

Puede solicitar la determinación estándar o la acelerada. Su pedido se acelerará si el plan determina, o su médico le indica al plan, que su vida o salud pueden correr serios peligros si tiene que esperar a que se procese el pedido estándar. Una vez que el plan haya recibido la solicitud, tiene 72 horas para responderle (para un pedido estándar de cobertura o de reembolso), o 24 horas (para un pedido de cobertura acelerado).

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 65–68.

6

Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Recetas Médicas

¿Qué puedo hacer si mi plan no cubre un medicamento que necesito? (continuación)

Importante: Para ciertos tipos de **determinaciones de cobertura** (llamadas “**excepciones**”), necesitará presentar una declaración de su médico explicando la razón por la cual necesita el medicamento que está solicitando. Usted necesitará esta declaración si:

- Está pidiendo que cubran un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos por el plan (formulario).
- Quiere que el plan cubra un medicamento no preferido al costo de uno preferido.
- Su médico piensa que usted no puede satisfacer uno de los requisitos de la cobertura de su plan, tales como, autorización previa, límite en la dosis o cantidad del medicamento.

Pregúntele al plan si necesita la declaración del médico, y si debe ser por escrito. Una vez que su plan la reciba, comienza el período de decisión del plan.

Una vez que su plan haya recibido la solicitud, tiene 72 horas (para un pedido de cobertura estándar o de reembolso) o 24 horas (para un pedido de cobertura acelerado) para notificarle su decisión.

Cómo Apelar

Si el plan no acepta su pedido, usted puede apelar esa decisión. Hay 5 niveles de apelación disponibles para usted

1. Apelación a través de su plan.

El primer nivel se llama “redeterminación”. El aviso inicial de negación del plan le explicará como presentar un apelación. Usted debe apelar dentro de los 60 días de la fecha del aviso de la determinación de cobertura. Un pedido estándar debe realizarse por escrito a menos que el plan lo acepte por teléfono. Usted (su representante o su médico) puede llamar o escribirle al plan para solicitar una decisión acelerada (también conocida como redeterminación acelerada). Se acelerará la decisión si su plan determina o su médico le indica al plan que su vida o su salud corre serio peligro si tiene que esperar por la decisión estándar. Encontrará la dirección del plan en los documentos de su plan y en cualquier decisión desfavorable sobre la determinación de cobertura que reciba. Una vez que el plan haya recibido su pedido de apelación, tiene 7 días (para un pedido estándar de cobertura o de reembolso) o 72 horas (para un pedido de cobertura acelerado) para comunicarle la decisión.

6

Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Recetas Médicas

Cómo Apelar (continuación)

Su apelación por escrito debe incluir lo siguiente:

- Su nombre, dirección, y su número de seguro de salud (HIC por su sigla en inglés) que se encuentra en su tarjeta de Medicare
- El nombre del medicamento recetado que usted quiere que el plan cubra
- Sus razones por las que quiere apelar y cualquier evidencia que pueda ayudar su caso
- Su firma o la de su representante designado

Una vez que el plan haya recibido su pedido de apelación, tiene siete días (para un pedido estándar de cobertura o de reembolso) o 72 horas (para un pedido de cobertura acelerado) para comunicarle la decisión.

2. Revisión por una entidad independiente (IRE por su sigla en inglés)

Si el plan se decide nuevamente en su contra, usted puede pedir una revisión por una Entidad de Revisión Independiente (IRE por su sigla en inglés). Usted o su representante debe hacer el pedido estándar o acelerado por escrito dentro de los 60 días de la fecha de la decisión de redeterminación del plan. El pedido debe enviarse al IRE por correo o al número de fax enumerado en la decisión de redeterminación del plan. La decisión se le enviará por correo. Si su plan emite una redeterminación desfavorable, debe también enviarle el formulario “Petición para una Reconsideración” que puede usar para pedir una reconsideración. Si usted no recibe este formulario, llame a su plan y pídale. También puede obtenerlo visitando www.cms.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp por Internet.

Usted o su representante puede pedir una reconsideración acelerada. Se acelerará la decisión si el IRE determina, o su médico le manifiesta al IRE, que su vida o su salud corre serio peligro si tiene que esperar por la decisión estándar.

6

Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Recetas Médicas

Cómo Apelar (continuación)

Importante: Si le está pidiendo al IRE una excepción y el plan previamente no tramitó su solicitud como una excepción, necesitará una declaración de su médico explicando el por qué necesita el medicamento que está solicitando. Consulte con el IRE para saber si se requiere una justificación por escrito. Si la declaración es necesaria, el período de tiempo para tomar una decisión comenzará una vez el IRE reciba la declaración.

Una vez que el plan haya recibido su pedido de apelación, tiene siete días (para un pedido estándar de cobertura o de reembolso) o 72 horas (para un pedido de cobertura acelerado) para comunicarle la decisión.

3. Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ por su sigla en inglés)

Si el IRE está de acuerdo con la decisión de su plan, usted o su representante puede solicitar una audiencia (reconsideración) con un Juez Administrativo (ALJ por su sigla en inglés). Debe solicitarlo por escrito dentro de los 60 días de la decisión del IRE. Usted debe enviar el pedido de apelación a la entidad especificada en el aviso de reconsideración del IRE. Para que le otorguen la audiencia con un ALJ, el valor proyectado de la cobertura denegada debe ser de una suma mínima (usted podría combinar varios reclamos para alcanzar la cantidad mínima requerida). La decisión del IRE incluirá esta cantidad.

4. Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC por su sigla en inglés)

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ, usted (o su representante designado) puede pedir por escrito una revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC por su sigla en inglés), dentro de los 60 días de la fecha de la decisión del ALJ. Usted debe enviar el pedido a la entidad especificada en el aviso de decisión del ALJ.

5. Revisión de una corte federal

Si no está de acuerdo con la decisión del MAC, usted (o su representante designado) tiene 60 días a partir de la fecha del aviso de la decisión del MAC para pedir una revisión por escrito por parte una corte Federal. Usted debe enviar su petición a la entidad especificada en el aviso del MAC. Para que le otorguen una revisión de la corte Federal, el valor de la cobertura denegada debe ser de una cantidad mínima. La decisión del MAC incluirá la cantidad.

Cuando se inscribe en un plan Medicare de recetas médicas, el plan le enviará información sobre el proceso de apelaciones del plan. Lea dicha información cuidadosamente y guárdela en un lugar donde la pueda encontrar fácilmente. Llame al plan si tiene preguntas.

6

Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Recetas Médicas

¿Qué puedo hacer si tengo una queja sobre mi plan?

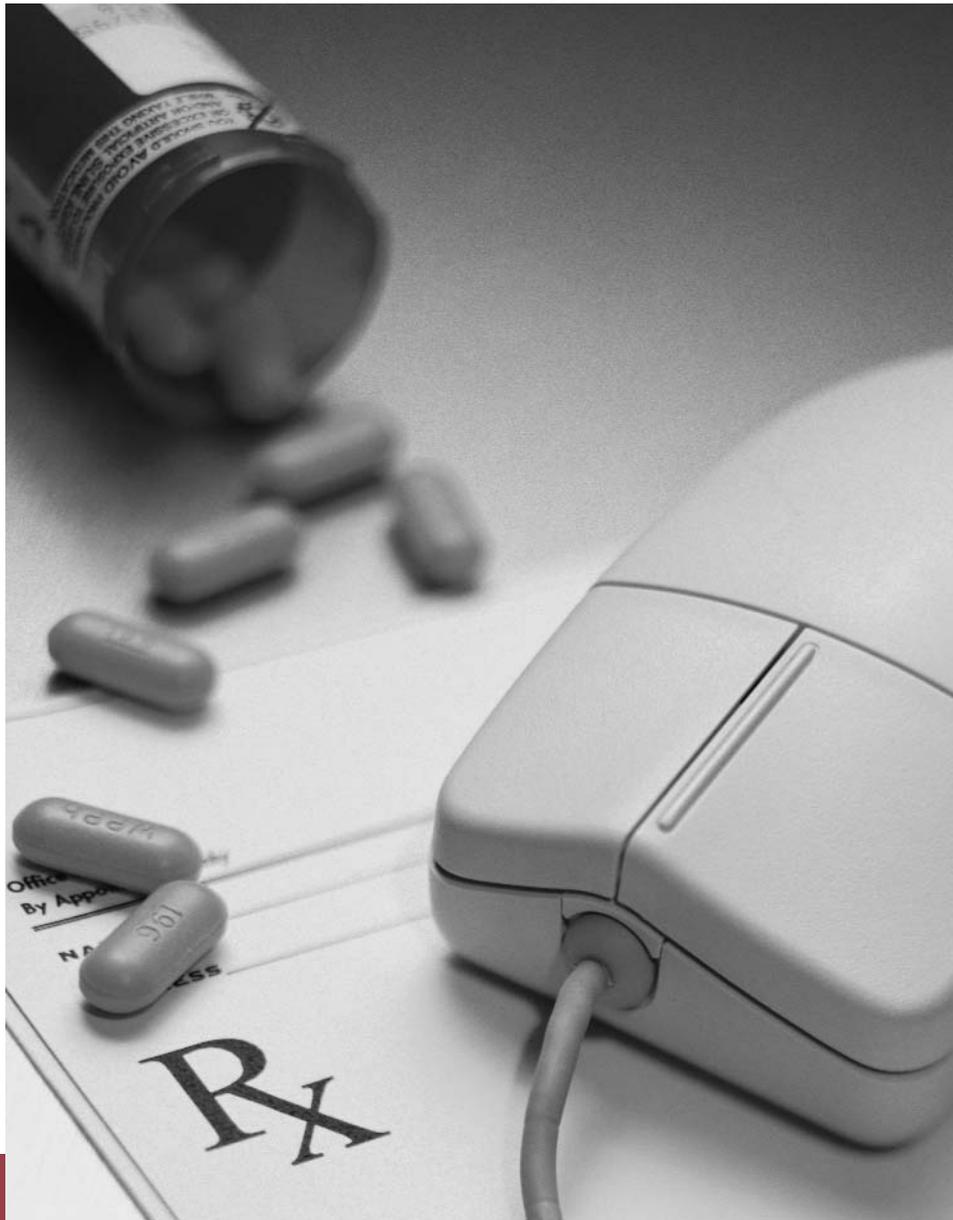
Usted tiene derecho a presentar una queja al plan.

A continuación le presentamos algunos casos en los que debería presentar una queja:

- Usted piensa que el horario de atención al cliente debería ser distinto.
- Debe esperar mucho tiempo para obtener su medicamento.
- La farmacia le está cobrando más de lo que usted piensa debería pagar. Usted puede presentar una queja y pedir una determinación de cobertura.
- La compañía que ofrece el plan le manda documentos que no están relacionados con el plan y que usted no pidió.
- El plan no toma una decisión sobre una determinación de cobertura o apelación de primer nivel, dentro del tiempo establecido y no envió su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Usted está en desacuerdo con la decisión del plan acerca de su solicitud de determinación acelerada o apelación de primer nivel.
- El plan no le envió los avisos requeridos.
- Los avisos del plan no siguen los reglamentos de Medicare.

Usted puede presentar su queja con el plan por teléfono o por escrito. Usted debe presentar su queja a partir de los 60 días de la fecha del evento que dio lugar a su queja. Por lo general, su plan no debe de tomarse más de 30 días, después de haber recibido la queja, para notificarle de su decisión. Si la queja se refiere a una receta médica, y el plan no le ofrece una decisión acelerada sobre su redeterminación o determinación de cobertura, y aún no ha comprado su medicamento, el plan debe notificarle de su decisión 24 horas después de haber recibido la queja.

Si piensa que le cobraron demasiado por un medicamento, llame a la compañía que ofrece el plan para obtener el precio actualizado. Si el plan no responde a su queja, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.



Consejo: El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) de su estado puede brindarle consejería gratuita personalizada sobre sus opciones de cobertura de recetas médicas (consulte la página 64).

Para Más Información

- Para más información sobre los planes Medicare de recetas médicas:
 - Visite www.medicare.gov y use la herramienta de **Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas**. Todo lo que necesita está en su tarjeta de Medicare, allí se indica su número de Medicare y la fecha de inicio de cobertura (Parte A o Parte B), su fecha de nacimiento, su apellido y el código postal para personalizar la información sobre los planes. Ingrese la lista de sus medicamentos para obtener una información detallada de los costos.
 - Para obtener información las 24 horas del día los siete días de la semana, llame al GRATIS al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227); los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

El sistema de voz automatizado le hará preguntas y lo que responda oralmente lo irá llevando a las opciones que necesita.

Si está llamando por o para	Diga...
La cobertura de recetas médicas de Medicare	“Cobertura de Medicamentos”
El proceso de su solicitud de inscripción	“Cobertura de Medicamentos” y después “Estatus”
Obtener le teléfono de la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)	“Medicaid”
Pedir publicaciones de Medicare	“Publicaciones”
Para hablar con un representante de servicio al cliente	“Agente”

- Para más información sobre su cobertura de recetas médicas actual, comuníquese con el administrador de beneficios, la compañía de seguros o el proveedor del plan.
- Para más información sobre la solicitud de la **ayuda adicional** para pagar los costos de la cobertura de recetas médicas de Medicare, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov por Internet.
- Para consejería gratuita personalizada sobre sus opciones de cobertura de recetas médicas, comuníquese con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (SHIP). El número del SHIP de su estado está indicado en la página 66.

Para Más Información

Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Estado	Teléfono	Estado	Teléfono
Alabama	(800) 243-5463	Nevada	(800) 307-4444
Alaska	(800) 478-6065	New Hampshire	(866) 634-9412
Arizona	(800) 432-4040	New Jersey	(800) 792-8820
Arkansas	(800) 224-6330	New Mexico	(800) 432-2080
California	(800) 434-0222	New York	(800) 701-0501
Colorado	(888) 696-7213	North Carolina	(800) 443-9354
Connecticut	(800) 994-9422	North Dakota	(888) 575-6611
Delaware	(800) 336-9500	Ohio	(800) 686-1578
Florida	(800) 963-5337	Oklahoma	(800) 763-2828
Georgia	(800) 669-8387	Oregon	(800) 722-4134
Guam	(671) 735-7388	Pennsylvania	(800) 783-7067
Hawaii	(888) 875-9229	Puerto Rico	(877) 725-4300
Idaho	(800) 247-4422	Rhode Island	(401) 462-4444
Illinois	(800) 548-9034	South Carolina	(800) 868-9095
Indiana	(800) 452-4800	South Dakota	(800) 536-8197
Iowa	(800) 351-4664	Tennessee	(877) 801-0044
Kansas	(800) 860-5260	Texas	(800) 252-9240
Kentucky	(877) 293-7447	Utah	(800) 541-7735
Louisiana	(800) 259-5301	Vermont	(800) 642-5119
Maine	(877) 353-3771	Virgin Islands	
Maryland	(800) 243-3425	St. Thomas/St. John	(340) 714-4354
Massachusetts	(800) 243-4636	St. Croix	(340) 772-7368
Michigan	(800) 803-7174	Virginia	(800) 552-3402
Minnesota	(800) 333-2433	Washington	(800) 562-6900
Mississippi	(800) 948-3090	Washington, D.C.	(202) 739-0668
Missouri	(800) 390-3330	West Virginia	(877) 987-4463
Montana	(800) 551-3191	Wisconsin	(800) 242-1060
Nebraska	(800) 234-7119	Wyoming	(800) 856-4398

Los números telefónicos y direcciones de los sitios Web eran correctos cuando se imprimió esta publicación. Sin embargo, a veces la información puede cambiar. Para obtener la información actualizada visite www.medicare.gov en Internet o llame GRATIS al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Para Más Información

Palabras que Debe Conocer

Ayuda adicional—Un programa que beneficia a las personas con ingresos y recursos limitados para pagar los costos de medicamentos recetados. También se conoce como “subsidio para personas de ingresos limitados”.

Copago—La cantidad que usted paga por cada servicio médico que recibe, por ejemplo, una consulta al médico o un medicamento. El copago, por lo general, es una cantidad fija que usted paga. Por ejemplo, podría ser de \$10 o \$20 por cada consulta médica o receta.

Coseguro—La cantidad que usted paga por cada servicio médico que recibe, por ejemplo, una consulta al médico o un medicamento. El copago, por lo general, es una cantidad fija que usted paga. Por ejemplo, podría ser de \$10 o \$20 por cada consulta médica o receta.

Determinación de cobertura—Es la primera decisión tomada por un plan de recetas médicas de Medicare (no por la farmacia) sobre la cobertura de medicamentos para la que es elegible, incluyendo las decisiones sobre:

- Si ofrece o paga por un medicamento
- La excepción que usted ha solicitado
- La cantidad que le han cobrado por el medicamento
- Si usted ha cumplido con la norma de cobertura establecida para el medicamento que necesita

Si el plan no le comunica su decisión a la brevedad y el retraso podría afectar a su salud, la falta de respuesta del plan se considera como una determinación de cobertura. Si usted está en desacuerdo, el paso siguiente es apelar la decisión.

Cobertura acreditable/válida de recetas médicas—Cobertura de medicamentos (como la que recibe a través de un empleador o sindicato), que en promedio, paga por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, pueden inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas más tarde sin tener que pagar una penalidad.

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud, antes de que Medicare comience a pagar por cada período de beneficios de la Parte A o por cada año por la Parte B y por la cobertura de medicamentos recetados. Estas cantidades pueden cambiar cada año.

7

Para Más Información

Excepción—Una excepción es cuando le solicita a su plan Medicare de recetas médicas que no aplique una de sus normas sobre un medicamento que cubre o que no cubre. Una excepción al formulario es un pedido que le hace al plan para que cubra un medicamento que no está en la lista del plan. Otra excepción al formulario podría ser un pedido para que no se aplique el requisito de autorización previa o el límite a la cantidad o a la dosis del medicamento. Una excepción del nivel es un pedido para pagar un copago más bajo por un medicamento que está en el nivel de medicamentos no preferidos. Su médico debe enviar una declaración explicando los motivos médicos por los que se solicita la excepción.

Institución—Un centro que responde a la definición de Medicare de un centro para el cuidado de la salud a largo plazo, por ejemplo un asilo de ancianos o un centro de enfermería especializada. No incluye los centros para adultos y para vida asistida, o los hogares residenciales.

Lista de medicamentos/recetas médicas—La lista de los medicamentos cubiertos por el plan. También se le conoce como formulario.

Medicaid—Un programa conjunto federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de servicios de salud están cubiertos si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Necesario por razones médicas—Servicios o suministros médicos que son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su problema de salud y que cumplen con los estándares de la buena práctica médica.

Penalidad—Una cantidad que se agrega a su prima mensual del plan Medicare de recetas médicas (Parte D), si no se inscribe cuando fue elegible por primera vez. Usted tendrá que pagar esta prima más cara por todo el tiempo que esté inscrito en el plan. Hay algunas excepciones.

Plan de Costo de Medicare—Es un tipo de plan de salud de Medicare disponible en ciertas áreas. En un plan de Costo de Medicare, si obtiene servicios fuera de la red del plan sin una referencia, sus servicios cubiertos por Medicare serán pagados por Medicare, excepto por los servicios de emergencia, o servicios urgentes que serán pagados por su plan.

7

Para Más Información

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)—Un tipo de Plan Medicare Advantage (Parte C) disponible en una zona local o regional, en el que paga menos si usa médicos, proveedores y hospitales que pertenecen a la red del plan. También puede usar los servicios de médicos, proveedores u hospitales fuera de la red por un costo adicional.

Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)—Un tipo de Plan Medicare Advantage (Parte C) disponible en ciertas zonas del país. Estos planes deben cubrir todos los servicios de la Parte A y B de Medicare. Algunos HMO ofrecen beneficios adicionales como días extras en el hospital. En la mayoría de los HMO, usted sólo puede atenderse con médicos, especialistas o ir a hospitales de la red del plan excepto en casos de emergencia. Sus costos podrían ser más bajos que los de Medicare.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen cobertura de recetas médicas (Parte D). Un Plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un plan Privado de Pago-por-Servicio o un Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare serán pagados por el Plan Medicare Advantage en vez de Medicare.

Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)—Estos planes combinan un Plan Medicare Advantage de deducible alto con una cuenta de ahorros médicos para pagar por sus gastos de salud. El plan deposita dinero en su cuenta. Usted puede usar dicho dinero para pagar por sus gastos médicos hasta haber pagado el deducible.

Plan Medicare de Recetas Médicas (Parte D)—Un plan independiente ofrecido por compañías privada y de seguros para agregar la cobertura de sus recetas médicas a Medicare, a los planes Privados de Pago-por-Servicio que no ofrezcan cobertura de recetas médicas, a los Planes de Costo de Medicare y a los Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Los Planes Medicare Advantage también pueden ofrecer la cobertura de medicamentos siempre que sigan las mismas normas de los planes Medicare de medicamentos recetados.

7

Para Más Información

Plan Original de Medicare—Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). Es un plan de pago-por-visita que le permite ir a cualquier médico, proveedor u hospital que acepte Medicare y que esté aceptando nuevos pacientes de Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte correspondiente de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro).

Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS)—Un tipo de Plan Medicare Advantage (Parte C) con el que puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago del plan. El plan, en vez del programa Medicare, es el que decide cuánto pagará por los servicios brindados y cuánto le corresponde pagar a usted. Usted puede pagar más o menos por los beneficios cubiertos por Medicare. Puede que tenga beneficios adicionales que el plan Original Medicare no cubre.

Póliza Medigap—Una póliza de Seguro Suplementario a Medicare ofrecida a la venta por compañías de seguros privadas para cubrir lo que no cubre Medicare.

Prima—El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de servicios de salud por la cobertura de sus servicios médicos o de sus recetas médicas.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratis sobre los seguros de salud a personas con Medicare.

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)—Un programa estatal que brinda cobertura de recetas médicas a las personas basándose en sus ingresos. Estos programas están administrados por los estados y no reciben dinero del gobierno federal.

Para Más Información

Índice

Administración del Seguro Social	8, 10, 22–26, 44, 55–56, 63
Apelaciones	16–17, 26, 57–60
Asilo de ancianos (instituciones)	10, 16, 20, 41, 43, 55, 66
Autorización previa	13, 15, 58
Ayuda adicional	2, 5–9, 19–27, 30, 55–56, 63, 66
Beneficios para Veteranos	3, 23, 38
Cobertura acreditable/válida	
de recetas médicas	2, 10, 30, 33, 35–36, 39, 41–42, 46, 49, 65
Cobertura catastrófica	6–7
Cobertura de empleador o sindicato	8, 12, 19, 22, 29, 35–36
Cobertura estándar	6–7
Copago	6–7, 19, 25, 52, 65
Coseguro	2, 6–7, 52, 65
Deducible	2, 6–7, 19–21, 27, 32, 39, 51–52, 65
Determinación de cobertura	57–58, 61, 65
Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)	12–13
Excepción	14–17, 58, 60, 65–66
Farmacia	10–12, 20–21, 30, 43, 46, 51–52, 61
Fraude	56
Herramienta de búsqueda de planes Medicare	
de medicamentos recetados	3, 9, 51, 63
Ingresos y recursos	2, 5, 19–23, 27, 29
Límites de cantidad	13, 16
Lista de medicamentos (Formulario)	10, 13–17, 58, 66
“Medicare y Usted”	32, 51
Medicaid	9, 11, 13, 19–20, 22, 25–27, 41–44, 46, 63, 66

7

Para Más Información

Índice (continuación)

Penalidad	2, 10, 30, 52, 68
Plan de Beneficios para Empleados Federales.	37
Plan de Costo Medicare	1, 6, 39–40, 66
Plan Original de Medicare	1, 11–12, 32, 39–40, 68
Plan Medicare Advantage	1, 6, 11–13, 32–33, 39–40, 56, 66
Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos	1, 33, 39, 66–67
Plan Medicare de recetas médicas	1, 11–12, 32–33, 36, 39–43, 56, 67
Plan Privado de Pago-por-Servicio.	1, 39–40, 66–67
Póliza Medigap	3, 32–34, 67
Prima	2, 5–8, 10, 19–21, 25, 27, 30, 33, 42, 51–52, 68
Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA	46
Programa de Ayuda Farmacéutica	8, 45, 68
Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos	44
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	3, 27, 29, 52, 63–64, 68
Programa Médico Urbano para Indígenas	47
Queja	61
Representante autorizado.	43, 55
Representante del beneficiario	55
Representante personal	55
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	9, 19–20, 25, 42
Programa Urbano de Salud para Indígenas	47
Terapia de pasos/etapas	15
Territorios	19
Tribu u Organización de Salud Tribal	47
TRICARE.	3, 38

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Boulevard

Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial

Penalidad por uso privado, \$300

CMS Publicación No. 11109-S

Revisado en febrero 2008



Mi Salud.
Mi Medicare.

Si desea una copia de esta publicación en inglés, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048

To get this booklet in English, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-2048.