



# Entender la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

## Módulo 9



Este módulo, *Entender la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare*, contiene información básica sobre la Parte D del programa de Medicare. Se divide en cinco lecciones.

[AVISO A LOS INSTRUCTORES: Este módulo es adecuado para presentarlo a asociados, instructores y otros intermediarios que proveen información, así como a grupos de personas con Medicare que ya tienen un conocimiento básico de la Parte D de Medicare. Las lecciones se pueden incluir y/o modificar según la audiencia y el tiempo límite para la presentación.]

***Este módulo de capacitación fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), la agencia federal que administra Medicare y Medicaid. Esta serie de materiales del Programa Nacional de Capacitación de Medicare no es un documento legal. Las normas oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes. La información de este módulo era correcta en abril de 2008. Para obtener la versión actualizada de este módulo, visite [www.cms.hhs.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp](http://www.cms.hhs.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp) en la Web.***

## Temas de las Lecciones

1. Lo básico de la cobertura de medicamentos recetados
2. Elegibilidad e Inscripción
3. Ayuda adicional con los gastos de los Planes de Medicamentos Recetados
4. Comparación y Selección de Planes
5. Determinaciones de Cobertura y Apelaciones

04-23-08

2

Veamos las cinco lecciones que cubriremos en esta sesión de capacitación.

Después de una descripción general breve de lo Básico de la Cobertura Medicare de Recetas Médicas en la Lección 1, discutiremos la elegibilidad e inscripción en la Lección 2; en la Lección 3 cubriremos el subsidio por ingresos bajos o “ayuda adicional” con los gastos de los planes de medicamentos disponibles para las personas con ingresos y recursos limitados. En la Lección 4 revisaremos la información para la comparación y selección de un plan de la Parte D y en la Lección 5 veremos brevemente las determinaciones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare.



**Lo básico de la Cobertura de Medicamentos Recetados**

Módulo 9B: Lección 1



*La Lección 1 del Módulo 9B, Entienda la Cobertura de Medicare de Medicamentos Recetados, trata lo básico de la Parte D de Medicare.*

## La Parte D de Medicare

- Disponible para todos los beneficiarios de Medicare
- Deben inscribirse en un plan para obtener la cobertura
- Ayuda adicional disponible para quienes la necesitan más
- Cobertura proporcionada a través de
  - Planes Medicare de Medicamentos Recetados
  - Medicare Advantage y otros planes Medicare
- Las personas pueden seleccionar un plan que satisfaga sus necesidades de
  - Cobertura, costo, conveniencia, servicio al cliente

04-23-08

4

Conforme discutimos sobre la cobertura Medicare de medicamentos recetados, hay que tomar en consideración varias cosas:

- Todas las personas con Medicare son elegibles para obtener ayuda para pagar por sus recetas médicas con un plan Medicare de medicamentos recetados. (Las personas que viven fuera de los Estados Unidos o reclusos no son elegibles para inscribirse en un plan y por lo tanto no pueden obtener esta cobertura).
- Las personas deben inscribirse a un plan para obtener esta cobertura
- Hay ayuda adicional para pagar los costos de los planes de medicamentos recetados para las personas con ingresos y recursos limitados – quienes más la necesitan
- Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare . Hay dos tipos de planes Medicare de recetas médicas:
  - Los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare agregan cobertura de Medicare y a algunos otros tipos de planes Medicare
  - Algunos de los planes Medicare Advantage (como un HMO o PPO) y otros planes de salud de Medicare también ofrecen la cobertura de recetas médicas
- Las personas pueden escoger un plan de Medicare de medicamentos recetados que satisfaga sus necesidades de acuerdo a la cobertura, costo, conveniencia y servicio al cliente

El término “planes Medicare de medicamentos recetados” se usará a lo largo de toda la presentación para referirse a los planes de Medicare de medicamentos recetados y Medicare Advantage u otros planes de salud de Medicare que ofrecen cobertura de recetas médicas.

Nota: Algunos Seguros Suplementarios a Medicare, o pólizas Medigap ofrecieron esta cobertura antes del 1/1/2006; sin embargo, esta no es una cobertura de Medicare de medicamentos recetados.

## Planes de Recetas Médicas de Medicare

- Planes de medicamentos aprobados por Medicare
  - Ofrecidos por compañías privadas
  - Algunas veces llamados
    - Planes de medicamentos “independientes”
    - (PDP, por sus siglas en Inglés)
  - Incluido en algunos planes de Medicare Advantage
- Cobertura adicional a
  - Medicare
  - Algunos otros tipos de planes de Medicare
    - Algunos planes privados de pago por servicio de Medicare
    - Algunos planes de costos de Medicare
    - Planes de cuentas de ahorros de Medicare

04-23-08

5

Los planes de medicamentos recetados de Medicare son aprobados por Medicare y ofrecidos por una compañía privada. Algunas veces se llaman planes “independientes” de medicamentos. Algunas veces llamados PDPs. Estos planes dan una cobertura adicional a Medicare y algunos otros tipos de planes Medicare, incluyendo algunos planes privados de pago por servicio, algunos planes de costos de Medicare y los planes de cuentas de ahorros de Medicare.

## Planes de Recetas Médicas de Medicare

- Pueden ser flexibles en el diseño del beneficio
- Deben ofrecer un beneficio de cobertura estándar
  - \$275 de deducible
  - 25% de costos compartidos hasta un total de \$2,510 en costos de medicamentos
  - 100% de costos compartidos hasta un total de \$4,050 en costos de su bolsillo
  - 5% de copagos por el resto del año
- Pueden ofrecer beneficios diferentes o mejorados
- Los beneficios y costos pueden cambiar cada año

04-23-08

6

Todos los planes de Medicare de medicamentos recetados deberán brindar al menos el nivel estándar de cobertura determinado por Medicare. El beneficio estándar en 2008 incluye un deducible de \$275, un 25% de costos compartidos hasta alcanzar \$2,510 en el costo total de los medicamentos recetados, 100% de costos compartidos (interrupción en la cobertura) hasta alcanzar \$4,050 de los costos totales de su bolsillo, después de lo cual el plan paga todo por el resto del año, a excepción del 5% o de un copago pequeño.

Al mismo tiempo, los planes pueden ser flexibles en el diseño de sus beneficios, siempre y cuando el plan ofrezca una cobertura al menos tan buena como la cobertura estándar que acabamos de describir. En el 2006, menos del 10% de todos los planes ofrecidos tuvieron la estructura de beneficio estándar. La mayoría de los planes ofrece una estructura de beneficios diferente, incluyendo los niveles de clasificación, copagos, y/o deducibles menores. Los planes mejorados pueden ofrecer una cobertura para medicamentos genéricos y/o de marca en la interrupción de la cobertura y pueden cubrir los medicamentos que no cubre la Parte D. También, los beneficios y los costos pueden cambiar cada año.

## Medicamentos Cubiertos por la Parte D

- Disponibles sólo por receta
  - Medicamentos de marca y genéricos
- Aprobados por la FDA
- Usados y vendidos en los EE.UU.
- Usados por indicación médicamente aceptada
- Se incluyen
  - Medicamentos recetados
  - Productos biológicos
  - Insulina
    - Suministros asociados con inyección o inhalación

04-23-08

7

Los planes de recetas médicas de Medicare deben cubrir medicamentos genéricos y de marca. Para que sean cubiertos por Medicare deben obtenerse sólo con receta médica y estar aprobados por la Administración de Alimentos y Farmacéuticos (FDA por su sigla en inglés), usarse y venderse en los Estados Unidos y por una indicación médicamente aceptada.

Los medicamentos cubiertos incluyen medicamentos recetados, productos biológicos e insulina. Los suministros asociados con la inyección de insulina como jeringas, agujas, alcohol, y gasas también están cubiertos. CMS han aclarado también que los planes Parte D pueden cubrir los suministros asociados con la inhalación de insulina.

## Medicamentos que no están Cubiertos por la Parte D

- Medicamentos excluidos por ley
  - El plan puede escoger a cubrir
    - Propio costo
    - Costo compartido con miembro
- Medicamentos que no requieren receta médica
- Medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare

04-23-08

8

Algunos medicamentos son excluidos por ley de la cobertura Medicare de recetas médicas. Sin embargo, los planes pueden optar por cubrirlos por cuenta propia o compartir los costos con sus miembros. Estos incluyen medicamentos para tratar:

- la anorexia
- subir o bajar de peso
- fertilidad
- para fines cosméticos o de estilo de vida (por ejemplo, crecimiento del cabello)
- alivio sintomático de la tos y el resfriado
- vitaminas y minerales de prescripción (excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro)
- medicamentos de venta libre
- barbitúricos
- benzodiazepinas y
- medicamentos para tratar la disfunción eréctil.

Si un medicamento puede ser cubierto por la Parte A o la Parte B, sólo lo podrá cubrir la Parte D si la persona no cumple con los requisitos de la cobertura para el medicamento bajo la Parte A o B. Algunos ejemplos de medicamentos cubiertos bajo la Parte B incluyen los inmunosupresores después de un trasplante de órgano, algunos medicamentos orales contra el cáncer, factores de coagulación para la hemofilia y medicamentos que no se autoadministran.

## “Todos o Substancialmente Todos”

- Los planes deben cubrir la mayoría de los medicamentos para el tratamiento de ciertas enfermedades
  - Medicamentos para el cáncer
  - Tratamientos para el VIH/SIDA
  - Antidepresivos
  - Antipsicóticos
  - Tratamientos anticonvulsivos para la epilepsia y otras enfermedades
  - Inmunosupresores

04-23-08

9

CMS requiere que los planes de recetas médicas de Medicare cubran “todos o substancialmente todos” los medicamentos en seis categorías:

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

## La Cobertura Varía

- Los planes tienen formularios
  - Es posible que no incluya todos los medicamentos de la Parte D
    - Cubren un medicamento similar
      - Seguro y eficaz
  - Pueden tener diferentes niveles de costo (“niveles”)
- Los planes deben cubrir medicamentos en cada categoría

04-23-08

10

Todos los planes deben cubrir las mismas categorías de medicamentos, pero pueden seleccionar específicamente qué medicamentos habrá en cada categoría. Generalmente, no todos los medicamentos que cubre Medicare los cubre cada plan. Virtualmente todos los planes tienen un formulario o lista de medicamentos que cubren. Estos formularios deben incluir una cantidad específica de medicamentos en cada categoría recetada para asegurarse de que las personas con diferentes condiciones médicas obtengan el tratamiento que necesitan.

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

Para bajar los costos, muchos planes clasifican los medicamentos en varios “niveles” con distintos costos. Cada plan puede hacer sus niveles de manera diferente. En algunos planes con diferentes niveles, las personas pueden ahorrar al seleccionar medicamentos genéricos en lugar de los de marca.

Los planes de recetas médicas de Medicare tienen como fin proveer a los beneficiarios de Medicare la cobertura de alta calidad y económica que necesitan. Todos estos planes deben asegurarse de que sus miembros puedan obtener los medicamentos necesarios para tratar sus enfermedades.

## **Acceso a los Medicamentos Cubiertos**

- Los planes dan acceso a la cobertura de medicamentos mediante
  - Formularios
  - Autorización previa
  - Terapia en etapas/pasos
  - Límites de cantidad

04-23-08

11

Algunos de los métodos que usan los planes para controlar el acceso de sus miembros a la cobertura de medicamentos recetados son :

- Formularios
- Autorización previa
- Terapia en etapas/pasos
- Límites de cantidad

El familiarizarse con estos términos le ayudará en la selección de su cobertura.

## Formularios

■ Pueden tener “niveles” con costos diferentes

■ Ejemplo

- Nivel 1—medicamentos genéricos
  - Cuestan menos
- Nivel 2—medicamentos de marca preferidos
  - Cuestan más que los medicamentos del nivel 1
- Nivel 3—medicamentos de marca no preferidos
  - Cuestan más que los medicamentos del nivel 1 y 2

04-23-08

12

Ya hemos dicho que la lista o formulario de medicamentos debe incluir una variedad de medicamentos en cada categoría y clase recetada. Para bajar los costos, muchos planes clasifican los medicamentos en varios “niveles” con distintos costos. Cada plan puede hacer sus niveles de manera diferente.

A continuación le brindamos un ejemplo de cómo un plan podría formar sus niveles:

- Nivel 1 – Medicamentos genéricos. Este nivel es el que cuesta menos
  - Es igual al medicamento de marca en lo que respecta al ingrediente activo, dosis, seguridad, potencia, el modo en que se administra, cómo funciona en su sistema, la calidad y el resultado para el que se usa
  - Es seguro y eficaz
  - Tiene los mismos riesgos y beneficios que los medicamentos de marca.

Los medicamentos genéricos son menos caros ya que las compañías que los fabrican no tienen que pagar por ensayos clínicos costosos. Los medicamentos genéricos son probados cuidadosamente y deben estar aprobados por la FDA. Actualmente, más de la mitad de las recetas médicas que se venden en los Estados Unidos se surten con medicamentos genéricos.

- **Nivel 2 – Medicamentos de marca preferidos.** Estos medicamentos cuestan más que los del Nivel 1
- **Nivel 3 – Medicamentos de marca no preferidos.** Estos medicamentos cuestan más que los del Nivel 2

## Autorización Previa

- El doctor debe comunicarse con el plan
  - Antes de que el plan cubra sus recetas médicas
    - Deben demostrar su necesidad médica
- Si lo solicita, el plan puede enviarle los requisitos sobre la autorización previa

04-23-08

13

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 primero debe comunicarse con el plan y demostrarle 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.

Los miembros del plan actuales o potenciales o sus representantes pueden solicitar los requisitos de la autorización previa del plan para entender lo que necesitarán hacer para acceder a un medicamento o proporcionar esta información a sus doctores.

## Terapia en Etapas

- Es un tipo de autorización previa
- Las personas deben probar un medicamento similar, menos costoso y que se ha comprobado que es eficaz
- El doctor puede solicitar una excepción si
  - La persona ya ha probado un medicamento similar, menos costoso y no funcionó, o
  - El doctor piensa que el medicamento para la terapia en etapas es médicamente necesario

04-23-08

14

La llamada **terapia en etapas/pasos** es un tipo de autorización previa.

En la mayoría de los casos usted primero debe usar ciertos medicamentos de bajo costo que han sido efectivos para tratar a muchos pacientes con esa enfermedad. 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.

Sin embargo, si un miembro ya probó con el medicamento similar, menos costoso y no funcionó, o si su médico cree que por motivos de salud es necesario tomar una medicina para terapia en pasos (el medicamento que le recetó originalmente el doctor), el doctor puede comunicarse con el plan y pedir una excepción. Si la aprueban, el medicamento originalmente recetado (para la terapia en etapas) será cubierto.

## Límites de Cantidad

- Los planes pueden limitar la cantidad de los medicamentos que cubren por un cierto período de tiempo
  - Por razones de seguridad y costo

04-23-08

15

### 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 *Nexium*® deben tomar una tableta al día. Por lo tanto, el plan sólo podría cubrir por vez un suministro de *Nexium*® para 30 días (o hasta 90 días si se surte mediante un programa del plan de pedidos por correo).

Si su médico considera que debido a su problema de salud no es apropiado poner un límite a la cantidad, puede llamar al plan para solicitar una excepción.

## Cambios de la Receta Médica

- El miembro debe darle al doctor una copia del formulario del plan
  - Consiga la información más actualizada llamando al plan o en su sitio Web
- Si un medicamento nuevo no está en el formulario del plan
  - Puede solicitar una determinación de cobertura
  - Tal vez tenga que pagar el precio completo
    - Si el plan todavía no cubre el medicamento

04-23-08

16

Si el médico de un beneficiario necesita cambiar su receta o debe recetar un medicamento nuevo, la persona debe entregar al doctor una copia del formulario del plan. La lista y los precios de los medicamentos pueden cambiar. Sin embargo, las personas pueden averiguar sobre estos cambios llamando al plan o en el sitio Web de la compañía donde obtendrá la lista de medicamentos y de precios más actualizada.

Si el médico receta un medicamento que no está en la lista del plan Medicare de recetas médicas y la persona no tiene otro seguro que cubra las recetas médicas de los pacientes ambulatorios, puede solicitar una determinación de cobertura del plan. Hablaremos más sobre esto en una lección posterior.

Si aun así el plan no cubre un medicamento específico que necesita, tal vez tenga que pagar de su bolsillo el precio del medicamento.

## Cambios al Formulario

- Generalmente, los planes pueden cambiar las categorías y las clases sólo al inicio de cada año
- Los planes pueden hacer cambios de mantenimiento durante el año
  - Miembros del plan están exentos si están usando el medicamento en ese momento
- Los planes pueden remover algunos medicamentos que hayan sido retirados del mercado

04-23-08

17

Los CMS han ordenado a los planes de la Parte D que no cambien sus categorías y clases terapéuticas en un formulario hasta el inicio de cada año del plan, excepto cuando se tiene un nuevo uso terapéutico, y aquellos medicamentos de la Parte D recién aprobados. Un año del plan es un año calendario que va de enero a diciembre.

Los planes de la Parte D pueden hacer cambios de mantenimiento en sus formularios, como el reemplazar medicamentos de marca por nuevos medicamentos genéricos o modificar los formularios como resultado de información nueva de seguridad y eficacia del medicamento. Estos cambios deben hacerse de conformidad con los procedimientos de aprobación indicados y después de una notificación de 60 días a los CMS, SPAP, médicos que recetan, farmacias de la red, farmacéuticos y miembros afectados.

Los CMS han emitido una guía para los planes Medicare de recetas médicas indicando que ningún miembro estará sujeto a que se retire o reduzca la cobertura de los medicamentos que **actualmente usa** por el resto del año del plan. Sin embargo, esto no se aplica a los medicamentos que se quitaron del formulario debido a su retiro del mercado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por su sigla en inglés) o por el fabricante. Los planes de la Parte D no necesitan obtener la aprobación de los CMS o dar una notificación de 60 días cuando se quitan los medicamentos del formulario por retirarse del mercado.

## Costos de los Planes de Medicare de Medicamentos Recetados

- Prima mensual
  - Varía según el plan
  - Algunos planes no tienen prima
- Deducible posible
  - No más de \$275 en el 2008
- Copagos o coseguro
  - Puede depender de cuánto gastó ese año

04-23-08

18

Los costos varían dependiendo del plan. Para la cobertura en el 2008, las personas generalmente pagan lo siguiente:

- Una **prima mensual**, que es diferente para cada plan. Algunos planes no tienen primas. Otros tienen primas más altas que el promedio pero podrían cubrir más.
- Un **deducible anual**. Esta es la cantidad que los miembros deben pagar por sus medicamentos cada año antes de que el plan comience a pagar lo que le corresponde. Estas cantidades pueden variar cada año. Algunos planes no cobran deducible (normalmente para primas más altas). Ningún plan puede tener un deducible mayor de \$275 para 2008.
- **Copagos o coseguro**. Esta es la cantidad que los miembros del plan deben pagar por cada receta después de haber pagado el deducible, si lo hay. En algunos planes, el copago (una cantidad establecida) o el coseguro (un porcentaje del costo) es el mismo para cualquier medicamento. En otros planes, pueden haber diferentes niveles de medicamentos con costos diferentes.
- La cantidad que las personas pagan en algunos planes puede variar dependiendo de cuánto hayan gastado ese año. Con los beneficios estándares, una vez que se llega al deducible, los miembros pagan 25% de coseguro hasta que se alcanza la **interrupción en la cobertura**. Durante la interrupción pagarán 100% del coseguro y después de la interrupción pagarán muy poco por cada medicamento por el resto del año. Algunos planes no tienen una interrupción en la cobertura o tal vez paguen algunos medicamentos durante este período.

## Sus Costos en el 2008

<b>Prima</b>	<b>Generalmente menos de \$37 al mes</b>
<b>Deducible</b>	<b>No mas de \$275 al año</b>
<b>Costos de Medicamentos \$275-\$2,510</b>	<b>Beneficiario paga un 25%</b>
<b>Costos de Medicamentos \$2,510-5,726.25</b>	<b>Beneficiario paga un 100%</b>
<b>Después de gastar \$4,050</b>	<b>Beneficiario paga un 5%</b>

Las personas con Medicare que están inscritas en un plan estándar de cobertura de recetas médicas generalmente pagaran una prima de \$37.00 o menos al mes, y serán responsables por \$275 de deducible en el 2008. Una vez que haya satisfecho el deducible, Medicare pagara un 75% del costo de los medicamentos hasta alcanzar una cifra de \$2,510 en costo total, durante el cual usted paga un 25% de esos costos. Usted será responsable por un 100 por ciento del costo de medicamentos entre \$2,510 y \$5,726.25. A este período se le llama interrupción de cobertura. Cuando usted haya alcanzado un total de \$4,050 en costos de su bolsillo, Medicare pagara aproximadamente un 95 por ciento de sus costos por medicamentos, y usted pagara un 5 por ciento, por el resto del año. A este período se le llama cobertura catastrófica. Tenga en cuenta que este proceso es anualmente, por lo que estas cantidades aplican todos los años.

Costos de su bolsillo incluyen:

- Deducible anual
- Cantidad de coseguros y copagos

Los costos tienen que ser de parte de la persona con Medicare, u otra persona, como un miembro de su familia de parte del mismo, o bajo un plan estatal de asistencia para recetas médicas (SPAP, por sus siglas en Ingles), sin re-embolso de parte de un plan de salud grupal, o una tercera institución.

## Interrupción en la Cobertura en el 2008

- Cuando el miembro paga 100% de los costos de los medicamentos
- Comienza después de que haya gastado \$2,510 del costo total de los medicamentos recetados
  - Límite inicial de cobertura
- Continúa hasta que el total de gastos de su bolsillo alcance \$4,050
  - Puede empezar antes en algunos planes
- Después de la interrupción, usted paga 5% o un copago pequeño
  - Cobertura catastrófica

04-23-08

20

Con el beneficio estándar definido para el 2008, la interrupción en la cobertura – para los planes que la tienen – comienza después de que los miembros del plan alcanzan \$2,510 del costo total de los medicamentos. Esto se llama el límite inicial de cobertura. Se basa en el costo total de los medicamentos y no sólo en los costos de la persona.

Después de alcanzar el límite inicial de la cobertura, las personas pagan 100% de los costos de sus medicamentos durante el período sin cobertura hasta que el costo total de los gastos de su bolsillo sea de \$4,050. Estos pagos incluyen la cantidad gastada en medicamentos pero no la cantidad que ha pagado el plan.

Una vez que una persona ha gastado \$4,050 de su bolsillo para cubrir el costo de los medicamentos en 2008, el plan pagará todo el costo menos el 5% o un copago pequeño del costo de medicamento por el resto del año. Esto se llama **cobertura catastrófica**, y en algunos planes podría iniciarse antes. Todos los planes deben ofrecer esta cobertura catastrófica.

En las siguientes dos diapositivas, discutiremos cuáles gastos cuentan para los costos de su bolsillo y cuáles no.

## Gastos de su Bolsillo

- Fuentes de pago que cuentan
  - Miembro del plan
  - Familiares u otras personas
  - La mayoría de los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)
  - Ayuda adicional (subsidio por bajos ingresos)
  - Organizaciones de beneficencia social
    - A menos que sean establecidas, operadas o controladas por un empleador o sindicato actual o anterior

04-23-08

21

Los pagos que cuentan para los costos del bolsillo de una persona son los pagos para medicamentos del formulario del plan hechos por

- El miembro del plan
- Miembros de la familia de la persona u otras personas
- La mayoría de los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)
- La ayuda adicional (subsidio por bajos ingresos)
- Organizaciones de beneficencia social, a menos que sean establecidas, operadas o controladas por un empleador o sindicato actual o anterior.

Nota: Algunas veces podrá oír que los costos de su bolsillo de la Parte D se refieren como “TrOOP” o costos “verdaderos de su bolsillo”.

## Gastos de su Bolsillo (continuación)

### ■ Las fuentes de pago que **no** cuentan

- Planes de salud grupal
  - Incluyendo la cobertura de retirados del empleador o sindicato
- Programas financiados por el gobierno
  - Incluyendo TRICARE y VA
- Programas de Asistencia para Pacientes patrocinados por el Fabricante
- Otros arreglos de pago de terceras partes

04-23-08

22

Los pagos siguientes no cuentan para los gastos del bolsillo:

- Planes grupales de salud, incluyendo la cobertura de retirados del empleador o sindicato
- Programas financiados por el gobierno, incluyendo TRICARE o VA
- Programas de Asistencia para Pacientes patrocinados por el fabricante (PAP, por su sigla en inglés) que proveen productos gratis o a un costo muy bajo. Las personas con la cobertura de Medicare para medicamentos recetados todavía pueden aprovechar estos programas, pero la cantidad de este tipo de asistencia, no contará para el TrOOP. Los PAP pueden cobrar un copago pequeño al proveer esta asistencia, y esta cantidad puede tenerse en cuenta para el TrOOP. La persona que tiene Medicare necesitará presentar una reclamación escrita al plan de cobertura de medicamentos recetados junto con la documentación del copago. (Una lista de los PAP está a su disposición en [www.rxassistst.org](http://www.rxassistst.org) . Haga clic en “Más Recursos” y luego en “Directorio del Programa de Asistencia para Pacientes”.)
- Otros arreglos de pago de terceras partes

En caso de tener preguntas sobre la interrupción en la cobertura y qué tipo de pagos cuentan para los costos de su bolsillo, usted puede:

- Llamar a la aseguradora de su plan
- Llamar al farmacéutico
- Visitar [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov) (Capítulo 14 del Manual de Beneficios de Medicare de Medicamentos Recetados)
- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- Llamar a la oficina estatal de Asistencia Médica



The slide features a blue header and footer. The top left contains a photo of two elderly women smiling in a kitchen. The top right displays the 'National Medicare TRAINING PROGRAM' logo. The center has a light blue banner with the title 'Elegibilidad e Inscripción'. Below this, the text 'Módulo 9B: Lección 2' is shown next to a photo of an elderly man holding a young child. The CMS logo is in the bottom left corner.

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

## Elegibilidad e Inscripción

Módulo 9B: Lección 2

**CMS**  
CENTRO DE SERVICIOS Y MEDICINA

La *Lección 2 del Módulo 9B* trata sobre la elegibilidad para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y cuándo una persona puede inscribirse al plan.

## Requisitos de Elegibilidad para la Parte D

- Parte A y/o Parte B de Medicare
  - Tener la Parte A y la Parte B para inscribirse al plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados
- Vivir en el área de servicio del plan
- Inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare para obtener la cobertura

04-23-08

24

Cualquiera que tenga la Parte A (Seguro de Hospital), la Parte B (Seguro Médico) o tanto la Parte A como la B de Medicare y que viva en el área de servicio del plan es elegible para inscribirse al plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener esta cobertura mediante el plan Medicare Advantage, generalmente una persona debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.

Cada plan tiene su área de servicio, y las personas deben vivir en esa zona para inscribirse. Las personas que viven en los territorios de los Estados Unidos incluyendo 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 pueden inscribirse.

Como dijimos antes, las personas que viven fuera de los Estados Unidos y sus territorios o los reclusos no son elegibles para inscribirse en un plan y por lo tanto no pueden obtener esta cobertura.

Es importante entender que la cobertura de recetas médicas de Medicare no es automática. Una persona debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare para obtenerla. Mientras que todas las personas con Medicare pueden tener esta cobertura, la mayoría deben inscribirse. Más tarde en este módulo, discutiremos los procesos de inscripción automáticos o facilitados para las personas elegibles a la ayuda adicional.

Una persona puede ser miembro sólo de un plan de medicamentos recetados de Medicare a la vez.

## ¿Cuándo puede inscribirse?

- Período de Inscripción Inicial (IEP)
- Período Anual de Elección Coordinado (AEP)
  - A veces llamado “Período de Inscripción Anual de Otoño”
- Períodos de Inscripción Especiales (SEP)

04-23-08

25

Generalmente hay tres períodos de inscripción para la cobertura de recetas médicas de Medicare.

El **Período de Inscripción Inicial** (IEP, por su sigla en inglés) que dura 7 meses, comenzando 3 meses antes de ser elegible para Medicare.

Hay un **Período Anual de Elección Coordinado** (AEP, por su sigla en inglés) llamado algunas veces “inscripción abierta de otoño” de la Parte D que es del 15 de noviembre al 31 de diciembre cada año. Durante el AEP las personas pueden inscribirse, cambiarse o cancelar la cobertura de recetas médicas. El cambio comenzará a partir del 1° de enero del siguiente año.

Hay situaciones especiales en las cuales se otorga un **Período de Inscripción Especial** (SEP, por su sigla en inglés), como cuando la persona se muda fuera del área de servicio del plan, siendo elegible para la ayuda adicional (subsidio por bajo ingreso), o por mudarse a, vivir en o salir de un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos). La duración del SEP depende del motivo del Período Especial de Inscripción.

Los períodos de inscripción le dan a la persona la oportunidad de inscribirse, cambiarse o dejar los planes de medicamentos recetados de Medicare. Sin embargo, algunos beneficiarios de Medicare tienen un Período Especial de Inscripción continuo, incluyendo aquellos que califican para ayuda adicional y los que viven en un centro de atención de largo plazo. Pueden cambiar planes en cualquier momento, comenzando la nueva cobertura del plan el primer día del mes siguiente. Hablaremos más sobre la ayuda adicional en unos cuantos minutos.

## Período de Inscripción Inicial (IEP)

- Todas las personas con reciente derecho a Medicare
  - Un IEP de 7 meses para la Parte D
    - 3 meses antes de ser elegibles
      - La cobertura inicia el día de ser elegible
    - Mes de elegibilidad
      - La cobertura inicia el primer día del mes siguiente
    - 3 meses después del mes de elegibilidad
      - La cobertura inicia el primer día del mes después del mes de la solicitud

04-23-08

26

Todas las personas que tienen derecho a Medicare tienen un **Período de Inscripción Inicial (IEP, por su sigla en inglés)** de 7 meses para la Parte D:

- Pueden solicitarlo 3 meses antes del mes de ser elegibles a Medicare. La cobertura iniciará el día en que son elegibles.
- Pueden solicitarlo el mes de ser elegibles, en cuyo caso la cobertura de la Parte D iniciará el primer día del mes siguiente.
- O también pueden solicitarlo durante los 3 meses posteriores al mes de ser elegibles, comenzando la cobertura el primer día del mes después del mes que hacen la solicitud.

Los CMS pueden inscribir en la Parte D a algunos grupos de personas que se hacen elegibles a Medicare a menos que se inscriban por su cuenta en un plan. Más tarde discutiremos sobre estos grupos.

## Período Anual de Elección Coordinado (AEP)

- 15 de noviembre – 31 de diciembre de cada año
- Pueden inscribirse, cambiarse o cancelar la cobertura
  - Plan de medicamentos recetados de Medicare
  - Medicare
  - Plan Medicare Advantage
- El plan nuevo inicia el 1° de enero

04-23-08

27

Una vez que se termina el IEP, generalmente las personas permanecen en el plan escogido por el resto del año.

Hay un **Período Anual de Elección Coordinado** (Período de Inscripción Anual de Otoño) del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Durante este período, las personas que no están inscritas en un plan de medicamentos recetados de Medicare pueden inscribirse, y las que lo están pueden dejar el plan o cambiarse a otros planes. El cambio se iniciará a partir del 1° de enero del siguiente año.

A menos que tengan una exención del límite de la capacidad, los planes Medicare Advantage deben aceptar nuevos miembros entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año. Una exención del límite de la capacidad significa que el plan está autorizado para cerrar la inscripción ya que llegó a un cierto número de miembros. También existe un Período de Inscripción Abierta a Medicare Advantage del 1° de enero al 31 de marzo de cada año, lo cual discutiremos más adelante en la lección.

## Períodos de Inscripción Especiales (SEP)

- Pérdida involuntaria de la cobertura acreditable
  - Otra cobertura de medicamentos recetados por lo menos tan buena como la de Medicare
- SEP continuo
  - Personas que reciben ayuda adicional (subsidio por bajos ingresos/LIS)
  - Personas que se mudan a, viven en o salen de un centro de cuidado de largo plazo
- Cambio de residencia
  - Se mudan fuera del área de servicio
- Otros
  - Vea la guía de inscripción de PDP de CMS

04-23-08

28

Hay varias situaciones, algunas mostradas aquí, cuando las personas tienen un Período de Inscripción Especial y pueden adicionar, cambiar o dejar una cobertura de recetas médicas de Medicare. Ya hemos mencionado algunas de ellas.

- Las personas que voluntariamente pierden su cobertura acreditable tienen 2 meses a partir de la fecha o notificación de la pérdida, la que sea más tarde, para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. La cobertura acreditable debe ser tan buena como la cobertura de recetas médicas de Medicare.
- Las personas que califican para la ayuda adicional de Medicare pueden inscribirse en un plan Parte D o cambiar planes en cualquier momento, empezando su cobertura nueva el primer día del mes siguiente (Nota: Antes del 20 de junio de 2007 sólo las personas que tenían Medicaid o estaban en un Programa de Ahorros de Medicare calificaron para este SEP continuo.)
- Con la ayuda adicional tuvieron un Período de Inscripción Especial continuo.)
- Las personas que se mudaron permanentemente fuera del área de servicio del plan tienen hasta 2 meses después de mudarse para inscribirse en un nuevo plan Parte D.
- Las personas que se han mudado a un centro de atención a largo plazo, como un asilo de ancianos, pueden inscribirse o cambiarse de plan en cualquier momento, iniciándose la cobertura del nuevo plan el primer día del mes siguiente. También tienen 2 meses después de la mudanza para inscribirse o cambiar de plan.

Para más información sobre los SEP, incluyendo elegibilidad y períodos de inscripción, vea la guía de inscripción en el sitio Web de CMS en [www.cms.hhs.gov/MedicarePresDrugEligEnrol/](http://www.cms.hhs.gov/MedicarePresDrugEligEnrol/).

## Penalidad por Inscripción Tardía

- Pagar la penalidad
  - La mayoría de las personas que se inscriban después del período de inscripción inicial
  - 63 días consecutivos o más sin obertura acreditable
- Las personas con ayuda adicional no pagan la penalidad
  - Si se inscriben en el plan para el 31 de diciembre de 2008

04-23-08

29

La mayoría de las personas que no se inscriben a un plan de medicamentos recetados de Medicare durante su Período Inicial de Inscripción tendrán que pagar una penalidad en la prima por cada mes que pase sin inscribirse, a menos que tengan otra cobertura que sea tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llamada “cobertura acreditable/válida”. Para evitar la penalidad, las personas no deben tener ningún período sin cobertura acreditable por 63 días consecutivos o más.

Las personas con esta penalidad tendrán que pagarla mientras tengan la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Las personas con ayuda adicional no pagan la penalidad mientras estén inscritos en un plan de medicamentos recetados (Parte D) para el 31 de diciembre de 2008.

## Cálculo de la Penalidad

- Prima básica nacional
  - \$27.93 en 2008
  - Puede cambiar cada año
- Paga 1% por cada mes que es elegible y no se inscribe
  - A menos que la persona tenga una cobertura acreditable
  - Penalidad se añade al pago de la prima

04-23-08

30

Como se mencionó anteriormente, las personas tendrán una penalidad si se inscriben en un plan de medicamentos recetados de Medicare después de su Período Inicial de Inscripción y no tienen una cobertura acreditable o tienen un período sin cobertura acreditable por 63 días consecutivos o más. La penalidad se adiciona a la prima mensual. Para calcular el monto de la penalidad, tome el 1% de la **prima básica del beneficiario** (prima nacional promedio), multiplíquelo por el número de meses completos en los que fue elegible para inscribirse en un plan de recetas médicas y no lo hizo. El cálculo de la penalidad no se basa en la prima del plan de la persona. La prima básica del beneficiario (\$27.93 en 2008) es una cifra nacional que puede cambiar cada año. (Nota: en la práctica, las primas varían significativamente de un plan de la Parte D a otro y rara vez igualan la prima básica del beneficiario. Esta prima es diferente de la prima promedio del beneficiario la cual refleja las primas específicas de cada plan y el número real de personas inscritas en cada plan).

Veamos un ejemplo con el Sr. Torres quien no se inscribió en un plan de medicamentos recetados de Medicare para el 31 de mayo del 2007, el final de su Período Inicial de Inscripción. El Sr. Torres no tenía cobertura acreditable/válida y se inscribió por primera vez en un plan Parte D en diciembre del 2007, durante el Período Anual de Elección Coordinado. Su penalidad es de un 7% ya que durante 7 meses no tuvo cobertura acreditable, contando a partir del primer mes que debería tener la cobertura si se hubiera inscrito al plan para el 31 de mayo, es decir los meses de junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2007. Ya que la prima básica del beneficiario en 2008 es de \$27.93/mes, la penalidad sería de \$2.00 más cada mes en 2008. ( $\$27.93 \times .07 = \$1.96$ , redondeando a 10 centavos mas cercanos sería = \$2.00)

## Cobertura Acreditable de Medicamentos Recetados

- La cobertura debe pagar por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare
  - No hay penalidad si espera para inscribirse
- Obtendrán información de otro plan cada año
  - Planes grupales de salud
  - Cobertura de medicamentos recetados para jubilados
  - La cobertura de VA,
  - Del servicio militar incluyendo TRICARE
  - Programa de Beneficios para Empleados Federales, se consideran ahora como cobertura acreditable

04-23-08

31

Si las personas tienen otra cobertura de medicamentos recetados, cada año su plan les informará si su plan es por lo menos tan bueno como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. El plan también les notificará si la cobertura cambia y ya no es tan buena como su cobertura de Medicare.

Si las personas tienen otra cobertura de medicamentos recetados que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare, pueden conservarla sin tener que pagar una penalidad si deciden inscribirse más tarde en un plan de medicamentos recetados de Medicare con tal de que se inscriban dentro de los 63 días de terminada la otra cobertura.

Algunos ejemplos de cobertura que puede ser tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare incluyen:

- Algunos planes grupales de salud
- Cobertura de medicamentos recetados para jubilados patrocinada por el empleador o sindicato

La cobertura de VA, del servicio militar incluyendo TRICARE, y el Programa de Beneficios para Empleados Federales, se consideran ahora como cobertura acreditable .

La mayoría de las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) no ofrecen una cobertura de recetas médicas tan buena como la de Medicare. Si las personas tienen una póliza Medigap que cubre los medicamentos recetados, pueden conservarla pero tal vez tengan que pagar una penalidad si esperan para inscribirse en un plan de Medicare en el futuro. Si deciden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, tendrán que informarle a su aseguradora Medigap la fecha de inicio de la cobertura, de tal forma que esta parte de la cobertura se pueda eliminar.



**Ayuda Adicional con los Costos de los Planes de Medicamentos Recetados**

Módulo 9B: Lección 3



*La Lección 3 del Módulo 9B, trata de la ayuda adicional (llamada a veces subsidio por bajo ingreso) que tienen a su disposición las personas con ingresos o recursos limitados.*

## Ayuda Adicional con los Gastos de Medicamentos

- Las personas con más bajos ingresos y recursos
  - No pagan primas o deducibles
  - Tienen copagos pequeños o no los tienen
- Aquellos con ingresos y recursos un poco mayores
  - Tienen un deducible reducido
  - Pagan un poco más de su bolsillo
- No hay interrupción en la cobertura para las personas que califican para la ayuda adicional.

04-23-08

33

Hemos observado que los beneficiarios de Medicare pueden obtener la cobertura de Medicare de recetas médicas, independiente de su ingreso o estado de salud o del modo en que pagan ahora sus medicamentos recetados. Además, muchas personas con ingresos o recursos limitados pueden obtener **ayuda adicional** para pagar por las recetas médicas.

Las personas con el ingreso más bajo no pagarán la prima o el deducible y no tendrán copagos o si los tienen, serán muy pequeños.

Las personas con ingresos ligeramente mayores tendrán un deducible reducido y pagarán un poco más de su bolsillo.

No hay interrupción en la cobertura para las personas a quienes se otorga la ayuda adicional.

Hablaremos más sobre la elegibilidad para esta ayuda adicional en unos cuantos minutos.

## Elegibilidad para Ayuda Adicional

- Las personas pueden calificar automáticamente si tienen Medicare y
  - Obtienen todos los beneficios de Medicaid
  - Obtienen la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
  - Medicaid ayuda a pagar sus primas de Medicare
- Las demás deberán solicitarla
  - En línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o
  - Llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)
    - Pregunte por la *Solicitud para Ayuda con los Costos del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (SSA-1020)*

04-23-08

34

Algunas personas califican automáticamente para la ayuda adicional y **no necesitan pedirla** si:

- Tienen Medicare y los beneficios completos de Medicaid (incluyendo la cobertura de medicamentos recetados)
- Tienen Medicare y obtienen los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) pero no Medicaid
- Obtienen ayuda de Medicaid pagando sus primas de Medicare (pertenecen a un Programa de Ahorros de Medicare)

Las personas con Medicare que son elegibles para los beneficios de Medicaid durante el año (ya sea para los beneficios completos de Medicaid o la ayuda de Medicaid pagando sus primas de Medicare y/o los costos compartidos, es decir, las personas en un Programa de Ahorros de Medicare) son **consideradas** por CMS elegibles para recibir la ayuda adicional con base a la información que reciben del estado. Las personas que reciben los beneficios del SSI se **consideran** elegibles con base a la información que reciben los CMS del Seguro Social. Cuando una persona automáticamente califica por primera vez, Medicare les notifica con una carta.

Todas las demás personas con Medicare deben solicitar la ayuda para obtenerla. Las personas que piensan que reúnen los requisitos pero no están seguras, deben solicitarla y comunicarse con el Seguro Social o a la oficina estatal de Medicaid para más información sobre los requisitos y cómo hacer la solicitud.

## Elegibilidad para Ayuda Adicional

### ■ Ingreso

- Por debajo del 150% del nivel federal de pobreza (FPL)

Cantidades  
2007

- \$1,300 por mes por una persona\* o
- \$1,750 por mes para una pareja casada\*
- Basada en el tamaño de la familia

### ■ Recursos

- Hasta \$11,990 (persona)
- Hasta \$23,970 (pareja casada)
  - Incluye \$1,500/persona, gastos funerarios o de entierro
  - Cuentas de ahorro y acciones
  - No cuenta la casa donde vive la persona

\*Cifras mayores para Alaska y Hawai

04-23-08

35

Hay ayuda adicional para las personas con Medicare que tienen un ingreso por debajo del 150% del nivel federal de pobreza (FPL, por su sigla en inglés) y recursos limitados. Hablemos sobre cómo se cuentan los ingresos y los recursos.

Medicare cuenta el ingreso del solicitante y su cónyuge viviendo en la misma casa, sin considerar si el cónyuge está solicitando la ayuda adicional.

El ingreso se compara con el nivel federal de pobreza para una persona soltera o una pareja casada. Hace una diferencia si el solicitante y/o cónyuge tienen familiares que viven con ellos y que proporcionan por lo menos la mitad de su manutención. Un abuelo que cría a sus nietos puede calificar, pero es posible que la misma persona no califique como una persona que vive sola.

También se cuentan los recursos para el solicitante y un cónyuge viviendo en la misma casa. Sólo se consideran dos tipos de recursos:

- Los recursos líquidos que pueden convertirse en efectivo en 20 días (es decir, cuentas de ahorros, acciones, bonos) y
- Bienes inmuebles, sin incluir la casa o terreno donde se localice la casa.

Artículos como anillos de bodas y reliquias de familia no se consideran recursos para poder calificar para la ayuda adicional.

Nota: Esta ayuda adicional no está disponible para las personas que viven en los territorios de EE.UU. ya que los territorios tienen sus propias normas para ayudar con los costos de los planes de medicamentos recetados de Medicare.

## Personas con Medicare y los Beneficios Completos de Medicaid

- Inscripción automática en un plan a menos que
  - Ya tengan un plan Parte D
  - Elijan y se inscriban a su propio plan
  - Llamen al plan o al 1-800-MEDICARE para no inscribirse
- Cobertura el primer mes que la persona tiene tanto Medicare como Medicaid
- Recibirán una carta de la inscripción automática impresa en papel amarillo
- Tienen un SEP continuo

04-23-08

36

Cuando las personas califican primero para la ayuda adicional, serán inscritas a un plan de medicamentos de Medicare por los CMS si no se inscriben por su cuenta en un plan para asegurar su cobertura. Esto aplica a personas que califican automáticamente y a las que la solicitan y la obtienen.

Cuando las personas que tienen beneficios completos de Medicaid, incluyendo la cobertura de medicamentos recetados, tienen derecho a Medicare, Medicaid no les pagará más los medicamentos que cubre Medicare. Los CMS utilizan los datos que reciben de las agencias estatales de Medicaid para identificar a las personas con Medicare que tienen los beneficios completos de Medicaid. Estos individuos se denominan **doblemente elegibles para los beneficios completos** y como observamos en la transparencia anterior, automáticamente califican para la ayuda adicional.

Si las personas con Medicare y los beneficios completos de Medicaid no elijen y se inscriben por su cuenta en un plan de medicamentos recetados de Medicare, los CMS automáticamente las inscribirán en un plan que inicia el primer día que tienen ambas coberturas. Obtendrán una notificación en papel amarillo de la inscripción automática con el nombre del plan que se les ha asignado.

Si las personas no desean estar en ningún plan de medicamentos recetados de Medicare, pueden llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan en el que fueron inscritos por los CMS y pedirles que cancelen su inscripción. Sin embargo, Medicaid aún no pagará por sus medicamentos que Medicare hubiera cubierto.

Como mencionamos antes en la lección 2, las personas que califican para la ayuda adicional tienen un Período Especial de Inscripción o SEP continuo y pueden cambiar los planes de medicamentos recetados en cualquier momento, siendo los cambios vigentes el primer día del mes siguiente.

## Otras Personas que Califican para la Ayuda Adicional

- Se les facilita la inscripción en un plan a menos que
  - Ya tengan un plan de la Parte D
  - Elijan y se inscriban a su propio plan
  - Inscritos en un plan del empleador/sindicato que recibe subsidio
  - Llamen al plan o a 1-800-MEDICARE para su exclusión
- La cobertura entra en vigencia 2 meses después de la notificación de los CMS
- Obtendrán una carta de inscripción en papel verde
- Tienen un SEP continuo

04-23-08

37

Otras personas que califican para la ayuda adicional se les facilita la inscripción en un plan de la Parte D. Los CMS utilizan los datos que presentaron las agencias estatales de Medicaid para identificar a las personas con Medicare que están en un **Programa de Ahorros de Medicare**. Los CMS utilizan los datos que presentó el Seguro Social para identificar a las personas que tienen Medicare y tienen derecho a la **Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por su sigla en inglés)** pero no a Medicaid, o que **solicitaron y obtuvieron** la ayuda adicional.

Los CMS facilitarán a estos individuos la inscripción en un plan **a menos que**:

- Ya tengan un plan de medicamentos recetados de Medicare
- Elijan su propio plan
- Estén inscritos en un plan del empleador o sindicato recibiendo el subsidio del empleador (algunas veces llamado subsidio de medicamentos para retirados o RDS).
- Llamen al 1-800-MEDICARE o al plan al que fueron asignaron por los CMS y pidan que se cancele la inscripción.

El plan entrará en vigencia 2 meses después del mes en que los CMS reciben la notificación de su elegibilidad. Cuando reciben la notificación de la asignación del plan de los CMS en papel impreso verde, tienen la opción de elegir su propio plan en lugar del plan de inscripción facilitado. Al igual que las personas doblemente elegibles para los beneficios completos, pueden cambiar de planes en cualquier momento, entrando el plan en vigencia el primer día del mes siguiente (Nota: antes del 20 de junio de 2007, sólo las personas con Medicare y Medicaid o en el Programa de Ahorros de Medicare tuvieron un Período Especial de Inscripción continuo.)

## Personas que solicitan la Ayuda Adicional por Primera Vez

- Las personas pueden solicitar la ayuda adicional en cualquier momento
  - Pueden volver a solicitarla si las circunstancias cambian
- Las personas en un plan de medicamentos recetados de Medicare que después califican para la ayuda adicional
  - Notificación del plan
  - El plan reembolsará los costos a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la ayuda adicional
    - Primas
    - Ayuda con los costos compartidos

04-23-08

38

A continuación hablemos sobre las personas que ya se han inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare y son elegibles para la ayuda adicional. Las personas con Medicare pueden solicitar la ayuda adicional en cualquier momento y también pueden volverla a solicitar si las circunstancias cambian.

Cuando las personas con Medicare que ya se han inscrito en un plan de medicamentos de Medicare son elegibles para la ayuda adicional, se les notifica el plan. El plan les reembolsará las primas y la asistencia de los costos compartidos que hubieran recibido los miembros, a partir del mes en que fueron elegibles.

## Inscripción Automática y Facilitada

- Los CMS identifican e inscriben a las personas cada mes
- Los planes se asignan al azar
  - De aquellos con primas en/por debajo de la cantidad del subsidio regional de primas por bajos ingresos
- Las personas ya están en un plan Medicare Advantage
  - Inscritos en MA-PD, si se ofrece

04-23-08

39

Esta diapositiva resume el proceso que usan los CMS para asignar los planes para la inscripción automática y facilitada. Las inscripciones nuevas se identifican y procesan cada mes.

Los planes se seleccionan al azar de los que tienen primas en o por debajo de la cantidad de subsidio regional para las primas por ingresos bajos. Los CMS eligen los planes con primas en o por debajo esa cantidad de tal forma que las personas que tienen el derecho al subsidio completo de la ayuda adicional, no pagan prima. Aquellos con derecho a un subsidio parcial, pagarán una prima reducida o no pagarán prima alguna.

Las personas que ya se encuentran en un Plan Medicare Advantage se inscribirán en el mismo plan con la cobertura de medicamentos recetados (MA-PD), si lo ofrece la organización de MA.

## Notificaciones de Inscripción

- Los CMS notifican a las personas de su inscripción en un PDP
  - Carta de inscripción automática en papel amarillo
  - Carta de inscripción facilitada en papel verde
    - Dos versiones
      - Subsidio completo
      - Subsidio parcial
    - Incluye una lista de planes en esa región en/por debajo de la cantidad de subsidio regional de la prima por bajos ingresos
- El plan MA envía una notificación de la inscripción en un MA-PD

04-23-08

40

Los CMS notificarán a las personas que se inscribirán en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Las personas que se inscriben automáticamente reciben una carta impresa en papel amarillo.

Las que realizan una inscripción facilitada reciben una carta impresa en papel verde, en una de las dos versiones – subsidio total o subsidio parcial, dependiendo del nivel de subsidio de la ayuda adicional. Esta carta incluye una lista de los planes en esa región que están en o por debajo de la cantidad del subsidio regional de la prima por bajos ingresos, de tal forma que las personas puedan buscar otros planes que satisfagan sus necesidades.

Los Planes Advantage Medicare (MA) envían la notificación cuando van a inscribir a alguno de sus miembros en un MA-PD.

## Continuación de Elegibilidad para Personas que Califican Automáticamente

- Los CMS reestablecen la elegibilidad cada otoño
  - Para el año calendario siguiente
- Las personas recibirán una carta de Medicare
  - En septiembre en papel gris
    - Las personas que ya no califican automáticamente
    - Incluye la solicitud de la SSA
  - A principios de octubre en papel anaranjado
    - Las personas que continuarán calificando en forma automática pero con un nivel de copago diferente

04-23-08

41

A partir de agosto de 2008, los CMS establecerán de nuevo la elegibilidad para el 2009 para quienes califican automáticamente para la ayuda adicional en 2007. Esta ayuda continuará o cambiará según siga o no siendo doblemente elegible para el subsidio total o parcial o quien recibe el SSI. Cualquier cambio entrará en vigencia el 1° de enero de 2008.

Las personas que actualmente son elegibles automáticamente para la ayuda adicional en 2008 seguirán siéndolo hasta diciembre de 2008. Si dejan de ser elegibles, su estatus automático finalizará el 31 de diciembre de 2008.

Las personas que ya no califiquen automáticamente para el 2008 recibirán una carta impresa en papel gris de Medicare con una solicitud para ayuda adicional de la SSA.

Otras personas seguirán calificando automáticamente en 2009 pero sus niveles de copago pueden cambiar de una de las siguientes categorías a otra: institucionalizada con Medicare y Medicaid, tener Medicare y Medicaid, obtener ayuda de Medicaid pagando las primas de Medicare (pertenecen a un Programa de Ahorros de Medicare), u obtener los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario pero no Medicaid. Las personas con un cambio en su nivel de copago entre 2008 y 2009 recibirán una carta impresa en papel anaranjado de Medicare.

(Si las personas que ya no califican automáticamente en 2008 vuelven a ser elegibles para Medicaid, un Programa de Ahorros de Medicare, o SSI, los CMS les enviarán por correo una carta informándoles que califican de nuevo automáticamente para la ayuda adicional.)

## Continuación de Elegibilidad para Solicitantes con el Seguro Social

- Cuatro tipos de procesos de redeterminación
  - Inicial
  - Cíclico o recurrente
  - Casos de cambio de subsidio (SCE)
  - Otros casos
    - Cualquier cambio diferente a SCE

04-23-08

42

El Seguro Social ha modificado sus procesos de redeterminación para las personas que hicieron la solicitud con el Seguro Social y a quienes se les otorgó el subsidio por bajos ingresos o la ayuda adicional.

Hay cuatro tipos de procesos de redeterminación:

- Inicial
- Cíclico o recurrente
- Casos de cambio de subsidio
- Otros casos

## Ayuda Adicional en 2008

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Prima	\$0	\$0	Escala móvil con base al ingreso
Deducible \$265/año	\$0	\$0	\$56
Coseguro hasta \$3,850 de su bolsillo	\$1.05/\$3.10 copago	\$2.25/\$5.60 copago	15% coseguro
Cobertura catastrófica	\$0	\$0	\$2.25/\$5.60 copago

04-23-08

43

Las personas del **Grupo 1, que tienen tanto los beneficios de Medicare como todos los de Medicaid (a veces llamados doblemente elegibles para los beneficios completos) con ingresos de o debajo del 100% del FPL**, no pagan las primas mensuales o deducibles anuales, sólo son responsables de pequeños copagos de hasta \$1.05 para medicamentos genéricos y \$3.10 para los de marca. Si al combinar la ayuda adicional con estos pequeños copagos suma \$4,050, la persona no será responsable de ningún copago por el resto del año.

Las personas del **Grupo 2, doblemente elegibles para los beneficios completos con un ingreso arriba del 100% del FPL; las que pertenecen a un Programa de Ahorros de Medicare – Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, por su sigla en inglés), Beneficiarios de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SBLM, por su sigla en inglés) e Individuos Calificados (QI, por su sigla en inglés); beneficiarios sólo de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por su sigla en inglés), y beneficiarios que no son doblemente elegibles con ingresos por debajo del 135% del FPL y recursos limitados (\$7,790/persona y \$12,440/pareja casada)**, no son responsables de la prima mensual o del deducible. Tienen un copago de hasta \$2.25 para los medicamentos genéricos y de \$5.60 para los medicamentos de marca. Aquí una vez más, si la ayuda adicional y los copagos llegan a un monto de \$4,050, las personas no tendrán ningún copago por el resto del año.

Para las personas del **Grupo 3, que tienen un ingreso por debajo del 150% del FPL y recursos limitados (\$11,990/persona y \$23,970/pareja casada)**, la prima se basa en una escala móvil dependiendo del ingreso de la persona. Son responsables de un deducible reducido de \$53 al año y serán responsables del 15% del costo de sus recetas médicas por hasta \$4,050 como máximo de su bolsillo. Una vez que han alcanzado el máximo, tendrán un copago de \$2.25 para medicamentos genéricos y de \$5.60 para los de marca por el resto del año.

No hay interrupción de la cobertura (con 100% de costos compartidos) para estos grupos. Las personas doblemente elegibles para todos los beneficios institucionalizados no tendrán que hacer ningún pago de su bolsillo.

NOTA: No habrá prima para los Grupos 1 y 2 si la persona se inscribe en un plan básico con una prima en o por debajo de la cantidad del subsidio regional de la prima por bajos ingresos. Las personas que optaron por un plan mejorado o que tienen un plan con una prima mayor a la cantidad disponible de ayuda para la prima deben pagar la diferencia.



## Comparación y Selección de Planes

Módulo 9B: Lección 4



La *Lección 4 del Módulo 9B*, discute como los beneficiarios de Medicare pueden seleccionar e inscribirse a un plan adecuado para ellos.

## Lo que debe Considerar

- Cobertura actual del seguro de salud
- Cobertura actual de medicamentos recetados
  - ¿Es su cobertura actual tan buena como la de Medicare?
- ¿Cómo trabaja su cobertura actual con Medicare?
  - ¿Se verá afectada la cobertura actual de una persona o su familia al inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare?

04-23-08

45

Estas son algunas preguntas que deben considerar las personas que tienen Medicare al inscribirse en un plan de medicamentos recetados. Lo más importante a considerar al decidir si la cobertura es adecuada para las personas es el tipo de seguro de salud que tienen en ese momento y como eso afectará sus selecciones.

Las personas deben tomar en cuenta el tipo de cobertura de medicamentos recetados que tienen. Su plan actual deberá informarles cada año si la cobertura es considerada acreditable. Si no reciben esta información, deberán llamar a su administrador de beneficios. Es importante averiguar cómo afecta la cobertura Medicare a su plan del seguro de salud para asegurarse que no pierda la cobertura de sus doctores u hospitales o la de sus familiares.

Encontrará información sobre cómo trabajan los diferentes tipos de cobertura actuales con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

## Planes de Medicamentos Recetados

- Los planes de Medicamentos Recetados de Medicare varían según
  - Costo—Cuánto tiene que pagar un miembro
  - Cobertura—Qué medicamentos cubren
  - Conveniencia—Qué farmacias utilizan

04-23-08

46

Como dijimos anteriormente, no todos los planes de medicamentos recetados de Medicare son iguales y varían según su costo, los medicamentos que cubren y las farmacias que se pueden usar .

- Costo—Las primas mensuales, deducible y la parte del costo de los medicamentos recetados que pagan las personas por sus medicamentos (**coseguro** y/o **copagos**) variarán de acuerdo al plan que escoja la persona.
- Cobertura—La mayoría de los planes tienen un **formulario** que es una lista de medicamentos que cubre el plan. Los planes pueden tener reglas sobre la forma como dan la cobertura para los diferentes medicamentos de sus formularios.
- Conveniencia- Los planes de medicamentos recetados trabajan con algunas farmacias y no necesariamente con todas las farmacias de cada área. Es posible que tengan una lista de farmacias preferidas donde los beneficiarios del plan pueden obtener el costo más bajo para sus medicamentos. Algunas farmacias tienen la opción de pedidos por correo.

Al igual que otros seguros, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible si necesita ayuda para cubrir los costos de sus medicamentos. Aún si no está tomando en este momento muchos medicamentos debe considerar inscribirse al plan de Medicare. La mayoría de las personas necesitan medicamentos conforme envejecen para mantenerse sanas. Cada año las personas pueden cambiar a un plan diferente si sus necesidades cambian.

## Opciones de Planes de Medicamentos Recetados

- Medicare Parte D proporcionada a través de
  - Planes de medicamentos recetados de Medicare
  - Medicare Advantage y otros planes de Medicare
  - Algunos planes de empleadores y sindicatos

04-23-08

47

Las personas con Medicare pueden seleccionar cómo obtener la cobertura de medicamentos recetados. La cobertura de Medicare se obtiene a través de

- Los planes de medicamentos recetados de Medicare
- Algunos planes Medicare Advantage y otros de Medicare
- Algunos empleadores y sindicatos

## Selección de un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare

- Paso 1: Recabar la información
  - Cualquier cobertura de medicamentos actual
  - Medicamentos de prescripción, potencia y dosis
- Paso 2: Comparar los planes de medicamentos recetados de Medicare
  - [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
  - Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)
- Paso 3: Llamar a su plan si tiene alguna pregunta

04-23-08

48

Hay tres pasos que las personas pueden seguir para seleccionar un plan de medicamentos recetados de Medicare.

**Paso 1:** Recabar la información sobre su cobertura actual de medicamentos y necesidades. Incluir la información sobre cualquier cobertura de medicamentos de prescripción que puedan tener en ese momento así como la lista de medicamentos que están tomando, las dosis y la frecuencia de uso.

**Paso 2:** Comparar los planes de medicamentos de Medicare. Verificar los planes que cubren los medicamentos que toman y que usan las farmacias de su preferencia. Para obtener una lista de los planes en su área, las personas pueden:

- Usar la herramienta de búsqueda del plan de medicamentos recetados de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para obtener información personalizada sobre los planes que satisfacen sus necesidades.
- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- Llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP, por su sigla en inglés) en su estado para que le ayuden a comparar los planes

**Paso 3:** Seleccionar el plan que deseen y llamar al plan para cualquier pregunta.

## ¿Qué es la herramienta de Búsqueda de Planes de Medicamentos Recetados?

- [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
  - Compara los planes de medicamentos recetados de Medicare
- Recurso en línea para ayudar a las personas a
  - Aprender sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare
  - Ver su plan actual
  - Encontrar y comparar los planes disponibles en su área
  - Inscribirse en un plan
- Información de Medicare Advantage en [medicare.gov](http://medicare.gov)
  - Compare los planes de salud y las pólizas Medigap en su área

04-23-08

49

El Buscador de los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare es un recurso en línea disponible en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para ayudar a las personas a:

- Aprender sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare
- Comparar los planes disponibles
- Decidir sobre un plan
- Inscribirse en un plan

Nota: Tenga en cuenta que las personas solamente pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados Medicare usando la herramienta de búsqueda u otros medios, durante un período establecido de inscripción al que son elegibles. Algunos ejemplos incluyen el Período Inicial de Inscripción, el Período Anual de Inscripción Coordinado, y los Períodos de Inscripción Especial.

Para tener acceso al buscador, haga clic en “Compare los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare.” También tiene información sobre los planes Medicare Advantage haciendo clic en “Compare los Planes de Salud y las Pólizas Medigap en su Área.”

## Lista Personalizada de Planes

- Muestra todos los planes disponibles en su código postal
- Compara por
  - Costo anual
  - Prima mensual
  - Deducibles anuales
  - Cobertura durante la interrupción
  - Farmacias

04-23-08

50

La herramienta de búsqueda de planes permite hacer una búsqueda personalizada de planes que mostrará todos los planes que hay en el código postal de la persona, y comparará esos planes por

- Costo anual
- Prima mensual
- Deducibles anuales
- Cobertura durante la interrupción
- Farmacias

## Para Empezar

### ■ Información útil que debe tener

- Tarjeta Medicare
- Código Postal
- Lista de medicamentos recetados
  - Incluyendo dosis y cantidad
  - La lista personal de medicamentos puede guardarse en línea

04-23-08

51

Antes de empezar a usar la herramienta de búsqueda de planes de medicamentos, es útil tener a la mano cierta información. Al ingresar la información en el buscador, tendrá la información más personalizada y precisa, incluyendo los estimados de los costos de los planes.

Es útil tener:

- La Tarjeta de Medicare
- El código postal
- La lista de medicamentos recetados, incluyendo dosis y cantidad mensual

Es importante puntualizar que toda la información que ingresa en el buscador es confidencial.

La hoja de trabajo que puede usar como ayuda para recabar la información que necesita para usar el buscador de planes de medicamentos, la puede encontrar en la Web en [www.cms.hhs.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp](http://www.cms.hhs.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp).

## Inscripción a un Plan

- Inscripción directamente con el plan
  - Solicitud en papel
    - Se envía por correo o fax al plan
  - Internet
    - Sitio Web del plan
    - [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
  - Teléfono

04-23-08

52

**Las personas pueden inscribirse directamente con el plan.** Todos los planes deben ofrecer solicitudes de inscripción en papel. Además, los planes ofrecen la opción de inscribirse usando su sitio de Internet o por vía telefónica y la mayoría participan y ofrecen también la inscripción usando el sitio Web de Medicare [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Los planes deben procesar las solicitudes en forma oportuna, y una vez que las personas presentan la solicitud, el plan debe notificarles si fueron aceptadas o rechazadas.

Es una buena idea que las personas guarden una copia de su solicitud, número de confirmación y cualquier otro documento que firmen y cartas o materiales que reciban.

## Lo que Pueden Esperar los Nuevos Miembros

- El plan enviará
  - Una carta de inscripción
  - Materiales de la membresía, incluyendo la tarjeta
  - Información de contactos de servicio al cliente
- La persona puede obtener medicamentos durante la transición
  - Si el medicamento no está cubierto por el plan
  - Generalmente un suministro para 30 días
  - Trabaja con el médico para averiguar qué medicamento cubren
- La persona tiene el derecho de pedirle al plan
  - Una excepción
  - Apelación, si no se otorga la excepción

04-23-08

53

Las personas que se inscriben en un plan por su cuenta o por los CMS, deben recibir una carta de inscripción y los materiales de la membresía del plan como es la tarjeta de identificación y la información de servicio al cliente incluyendo los teléfonos gratuitos y el sitio web.

Los planes también tendrán un proceso de transición en funcionamiento para los miembros que son nuevos y están tomando medicamentos que no aparecen en el formulario o para los miembros actuales que deben tomar medicamentos no incluidos en el formulario. El plan les proveerá un suministro de 30 días del medicamento a los miembros nuevos y actuales y un suministro de 90 a 180 días si la persona reside en un asilo para ancianos. Esto le da tiempo a las personas para que trabajen con su médico para encontrar un medicamento diferente que se encuentre en el formulario del plan. Si no se encuentra un medicamento alternativo aceptable, ellos o su médico pueden solicitar una excepción y si se rechaza se puede apelar.

## Notificación Anual del Cambio

- Todos los planes Parte D envían la notificación a todos sus miembros
  - Para el 31 de octubre del 2008
  - Puede llegar con la Evidencia de la Cobertura de 2008
- Incluirá la información del 2009
  - Resumen de beneficios
  - Formulario
  - Cualquier cambio
    - Prima
    - Copago/coaseguro

04-23-08

54

Cada año, tanto los planes individuales de medicamentos recetados (PDP) como los planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MA-PD) tienen que enviar una notificación anual de cambio (ANOC, por su sigla en inglés) a todos los miembros del plan. En el 2008, se debe enviar la carta junto con un Resumen de Beneficios y una copia del formulario para el siguiente año, para que llegue a más tardar el 31 de octubre del 2008. La carta explicará cualquier cambio en el plan actual, incluyendo los cambios en la prima mensual y la información de costos compartidos como son los copagos o el coaseguro. Los planes pueden optar por enviar la Evidencia de la Cobertura para el 2009 con la ANOC. (Los planes deben enviar la Evidencia de la Cobertura a todos los miembros a más tardar el 31 de enero de cada año, con información específica sobre el área del servicio del plan, los beneficios y el formulario; cómo obtener la información, los beneficios y la ayuda adicional y cómo presentar una apelación).

## **Poblaciones Especiales**

- Participantes del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica
- Personas en centros de cuidado de largo plazo
- Residentes de los territorios de los EE.UU.

04-23-08

55

Ahora hablemos brevemente sobre las tres poblaciones especiales.

## Programas de Ayuda Farmacéutica Estatal

- Los SPAP pueden ofrecer una cobertura integral
  - Reducen los costos del estado o expanden la población que recibe los servicios
- Los costos incurridos por los SPAP pueden contar para el límite de los gastos de su bolsillo
  - En la mayoría de los casos

04-23-08

56

Los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP) pueden proporcionar una cobertura integral para ayudar con los costos de los medicamentos de prescripción para los miembros que tienen Medicare. Por lo tanto, los SPAP pueden proporcionar la misma cobertura o una mejor para sus miembros a un costo menor estatal por miembro. Estos ahorros pueden entonces usarse para ayudar a reducir los costos presupuestarios del estado o para expandir la población que recibe el programa. En la mayoría de los casos, los costos incurridos por los SPAP pueden contar para los gastos del bolsillo de la persona.

## Centros de Cuidado de Largo Plazo

### ■ Residentes

- Obtienen beneficios de medicamentos de la farmacia que seleccione el centro
- Tendrán un acceso conveniente
- Pueden cambiar los planes en cualquier momento
- Con Medicare y los beneficios completos de Medicaid no tendrán deducible ni copagos.

04-23-08

57

Generalmente, los centros de cuidado de largo plazo (es decir, asilos para ancianos y centros de enfermería especializada) obtienen los medicamentos recetados que necesitan sus pacientes de una farmacia para el cuidado de largo plazo. Con la implementación de los planes de medicamentos de Medicare, las farmacias de cuidado de largo plazo tienen contratos tanto con los centros como los planes de la región.

Los CMS exigen que todos los planes de medicamentos recetados de Medicare tengan contratos con un número suficiente de farmacias para el cuidado de largo plazo para asegurar el acceso conveniente de los medicamentos para los residentes de estos centros que tienen Medicare.

Las personas con Medicare que viven en centros de cuidado de largo plazo tienen un Período de Inscripción Especial continuo. Pueden cambiar planes en cualquier momento, empezando el nuevo plan a partir del primer día del mes siguiente. Aquellos que tienen la cobertura de medicamentos de Medicare y los beneficios completos de Medicaid no tienen que pagar nada por sus medicamentos.

## Territorios de los EE.UU.

- El programa de la Parte D es el mismo
  - Excepto los residentes no son elegibles para ayuda adicional
- Cada territorio proporciona ayuda a los residentes con Medicare y Medicaid
  - Diferente de la ayuda adicional
  - Plan de Asignación Mejorada (EAP)
    - Financiado por el subsidio del programa Medicaid
    - Puede pagar las primas, coaseguro, copagos y/o deducibles del plan
    - Puede proveer una cobertura suplementaria

04-23-08

58

Existe la cobertura de medicamentos recetados en cada uno de los cinco territorios de los EE.UU- 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,

Sin embargo, los residentes de los territorios no son elegibles para el Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) de la Parte D. Cada uno de los territorios ayuda a sus residentes con los costos Medicare de sus medicamentos. Esta ayuda generalmente es para los residentes que califican para y están inscritos en Medicaid. Esta asistencia no es la misma a la ayuda adicional que se da en cualquier parte de los Estados Unidos.

Cada territorio tiene un Plan de Asignación Mejorada (EAP, por su sigla en inglés) y recibe un subsidio mediante el programa Medicaid para cubrir los costos de la Parte D para los residentes que tienen tanto Medicare como Medicaid. Cada territorio puede desarrollar un plan de cómo usarán los fondos del EAP. Los territorios pueden elegir pagar las primas del plan de medicamentos de Medicare, el coaseguro, los copagos y/o deducibles para los individuos con Medicare y Medicaid. Ellos pueden también decidir dar la cobertura suplementaria algunas veces referida como cobertura integral.

Para averiguar más sobre estas reglas, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



## Determinaciones de Cobertura y Apelaciones

Módulo 9B: Lección 5



*La Lección 5 del Módulo 9B, trata sobre las determinaciones de cobertura de la Parte D de Medicare y las apelaciones*

# Determinación de Cobertura

- Decisión inicial del plan
  - Beneficios que un miembro tiene derecho a recibir
  - La cantidad que debe pagar un miembro por un beneficio
  - Solicitud de excepción
  - Acceso a las herramientas de administración
- Puede ser estándar o acelerada
- Puede apelarse
  - Cinco niveles de apelación
  - Puede ser estándar o acelerada

04-23-08

60

La determinación de cobertura es la decisión inicial que toma un plan sobre los beneficios que tiene derecho a recibir un miembro, la cantidad (si la hay) que debe pagar un miembro por un beneficio, o la cantidad que el plan le reembolsa para los medicamentos de la Parte D que ya ha comprado. Además, una decisión del plan sobre una solicitud de excepción es una determinación de cobertura. Cubriremos este tema en la diapositiva siguiente.

Un plan también hace una determinación de cobertura cuando decide si un miembro:

- Ha cumplido el requisito de autorización previa – tal como tener un cierto nivel de funcionamiento o un diagnóstico específico para que se tenga la cobertura del medicamento, o
- Ha cumplido el requisito de terapia en etapas al tratar primero con los medicamentos genéricos alternos, antes de tener la cobertura más cara

Nota: Un miembro puede obtener un medicamento que está sujeto a las reglas de cobertura del plan al (1) cumplir con los criterios de las reglas de cobertura, o (2) solicitar y obtener una excepción a la regla con base a la necesidad médica.

Las determinaciones de cobertura pueden ser estándar o aceleradas. Será acelerada si el plan determina, o si el doctor le dice al plan que la vida o la salud de la persona está en riesgo si espera la solicitud estándar.

Si una determinación de cobertura no es favorable, el miembro puede apelar la decisión. Hay cinco niveles de apelación disponibles. Las apelaciones pueden ser estándares o aceleradas dependiendo de las circunstancias. Esto lo discutiremos en unos cuantos minutos.

## Solicitudes de Excepción

- Tipo de determinación de cobertura
- Dos tipos de excepciones
  - Categoría (nivel de costo del medicamento)
  - Formulario (el medicamento no está en el formulario del plan o tiene requisitos de acceso)
- Requiere una declaración de su médico
  - La declaración puede ser oral o escrita

04-23-08

61

Si un plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre el medicamento de la Parte D que necesita un miembro, o cubre un medicamento con un costo compartido superior de lo que el miembro cree debe pagar, tiene derecho a solicitar una excepción del plan. También puede solicitar la excepción si el plan le pide que cumpla con una regla de la cobertura que no puede cumplir por razones médicas.

Hay dos tipos de excepciones- las excepciones de categorías y las excepciones del formulario.

Las solicitudes para las excepciones requieren de una declaración de apoyo del médico. En general, la declaración debe indicar la razón médica para la excepción. El médico puede presentar la declaración oralmente o por escrito.

## Excepciones Aprobadas

- La excepción es válida para renovar las recetas médicas para el resto del año del plan en tanto
  - La persona permanezca inscrita en el plan
  - El médico continúe recetando el medicamento, y
  - El medicamento siga siendo seguro para el tratamiento de la enfermedad de la persona
- El plan puede extender la cobertura para el año del plan nuevo
- Si el plan no extiende la cobertura para el año del plan debe notificar por escrito
  - En el momento de la aprobación
  - Por lo menos 60 días antes de que termine el año del plan

04-23-08

62

Si se aprueba la solicitud de la excepción, ésta es válida para renovar las recetas médicas para el resto del año del plan, en tanto

- El miembro permanezca inscrito en el plan,
- El médico continúe recetando el medicamento, y
- El medicamento siga siendo seguro para el tratamiento de la enfermedad de la persona.

Un plan puede elegir extender la cobertura para el año del plan nuevo. Si no lo hace, debe notificarle al miembro por escrito ya sea en el momento de aprobarse la excepción o por lo menos 60 días antes de que termine el año del plan. Si la cobertura no se extiende, el miembro debe considerar cambiar el medicamento a uno que se encuentre en el formulario del plan, solicitar otra excepción o cambiar los planes durante el Período Anual de Elección Coordinado.

Veamos las apelaciones en la siguiente diapositiva.

## Plazos de Adjudicación de la Determinación de Cobertura

- Solicitud de determinación de cobertura
  - Estándar—Notificar al miembro en 72 horas
  - Acelerada—Notificar al miembro en 24 horas
- El tiempo empieza a contar cuando
  - El plan recibe la solicitud
  - El plan recibe la declaración de apoyo del médico
    - Solicitudes de excepción

04-23-08

63

El plan debe notificarle al miembro de la decisión que se ha tomado sobre la determinación de cobertura tan rápido como lo requiera su condición de salud, pero a más tardar a las 72 horas (solicitudes estándar) o 24 horas (solicitudes urgentes) de haber recibido la solicitud.

Si la solicitud de la determinación de cobertura incluye una excepción, el reloj empieza cuando el plan recibe la declaración de apoyo del médico.

Si el plan no cumple con estos plazos, debe automáticamente enviar la solicitud y el archivo del caso a una Entidad de Revisión Independiente (IRE, por su sigla en inglés) para su revisión y la solicitud se brincaré el primer nivel de la apelación (redeterminación del plan). La IRE es MAXIMUS; la información de contacto se encuentra en el sitio Web [www.medicarepartdappeals.com](http://www.medicarepartdappeals.com).

## Solicitud de Apelaciones

- En general, las solicitudes de apelación deben hacerse por escrito
- Los planes deben aceptar las solicitudes de redeterminación acelerada por escrito y oralmente
- Una Apelación puede ser solicitada por
  - Los miembros de un plan
  - Los representantes designados
  - Los médicos que recetan
    - Re-determinaciones aceleradas

04-23-08

64

En general, las solicitudes de apelación deben hacerse por escrito. Sin embargo, los planes deben aceptar las solicitudes de redeterminación acelerada que se presentan oralmente y por escrito. Además, los planes pueden optar por aceptar las solicitudes de redeterminación estándar oralmente. Los miembros deben consultar los materiales informativos del plan o contactar a sus planes para determinar si las solicitudes de redeterminación estándar pueden presentarse oralmente.

El miembro de un plan o el representante designado por el miembro pueden solicitar cualquier nivel de apelación. El médico puede solicitar la redeterminación acelerada por parte del miembro. Si un médico es el representante designado por el miembro, puede solicitar cualquier apelación.

## Apelaciones

- El miembro puede apelar las determinaciones de cobertura no favorables
- Hay cinco niveles de apelación
  - Redeterminación del plan
  - Revisión de la Entidad Revisora Independiente
  - Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo
  - Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare
  - Revisión de un Tribunal Federal de Distrito

04-23-08

65

Si la decisión de una determinación de cobertura no es favorable, el miembro puede apelar la decisión. Hay cinco niveles de apelación:

- Apelación al plan (redeterminación)
- Revisión del IRE
- Audiencia con el ALJ
- Revisión del MAC
- Revisión del Tribunal Federal de Distrito

## Lecciones

- ✓ Lo básico de la cobertura de medicamentos recetados
- ✓ Elegibilidad e inscripción
- ✓ Ayuda adicional con los gastos de los Planes de Medicamentos Recetados
- ✓ Comparación y Selección de Planes
- ✓ Determinaciones de Cobertura y Apelaciones

04-23-08

*My Health.*  
*My Medicare.*<sup>66</sup>

Esto concluye nuestras cinco lecciones para ayudarle a entender la cobertura de medicamentos recetados de Medicare o Parte D. Hemos cubierto mucha información, incluyendo lo básico; elegibilidad e inscripción; ayuda adicional disponible para las personas con ingresos y recursos limitados; qué considerar al comparar y seleccionar un plan; y las determinaciones de cobertura y apelaciones de la Parte D.

## Para más Información

### ■ Sitios Web

- [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)
- [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)

### ■ Publicaciones

- *Manual Medicare y Usted*
- *Su Guía para la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare*

### ■ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

### ■ Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213

### ■ Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud

04-23-08

67

Hay varias fuentes donde podrá encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, como:

- El sitio web de Medicare para las personas con Medicare, [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- El sitio Web de Medicare para socios, [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)
- El sitio Web del Seguro Social, [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)
- Puede ordenar publicaciones tales como el manual *Medicare y Usted* o *Su Guía para la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare* (CMS Pub. No. 11109)
  - Pueden ordenarse en el sitio Web, [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE
- Puede llamar al número gratuito de Medicare, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al 1-877-486-2048 para los usuarios de TTY
- Puede llamar al número gratuito del Seguro Social, 1-800-772-1213 o al 1-800-325-0778 para los usuarios de TTY
- Comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) local. Puede obtener el número telefónico en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en la web, llamando al 1-800-MEDICARE, o consultando el manual *Medicare y Usted*.

Este módulo de entrenamiento fue ofrecido por

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

Si tiene preguntas sobre los materiales de entrenamiento comuníquese con nosotros a través de nuestro correo electrónico [NMTP@cms.hhs.gov](mailto:NMTP@cms.hhs.gov)

Para ver todos los materiales del Programa Nacional de Entrenamiento de Medicare NMTP o para listarse a nuestra lista de servicio, visítenos en nuestro sitio Internet

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

