



Job Aid - Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



In an effort to provide the person with Medicare information that is appropriate for him or her (or the situation), there are scripts that address several issues.

Drug Coverage Overview

This script gives general information about Medicare prescription drug coverage.

Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

This script is used to determine if the caller is in an enrollment/disenrollment period.

Drug Coverage Enrollment How to Enroll

This script is used to explain the requirements for enrolling into a Medicare drug plan. It also explains the different ways to enroll in a drug plan and how paper applications work during the various enrollment periods.

Drug Coverage New Enrollment No Membership Card

This script is used to explain how to use a Medicare drug plan if the beneficiary does not yet have a membership card.

Drug Coverage LIS Medicaid Dual Eligible Spend Down

This script is used if the caller states they have Medicare AND Medicaid. It explains that because they have both, their prescription drug coverage will be changing.

Drug Coverage and Other Coverage

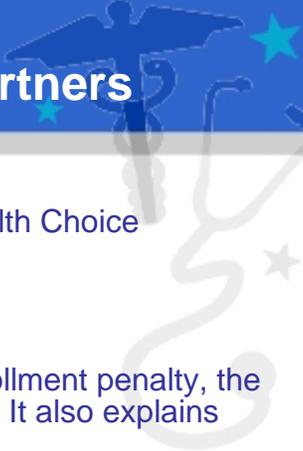
This script is used when the beneficiary wants to know how another type of coverage works with the Medicare drug coverage.

Drug Coverage LIS Extra Help Apply

This script is used for information about the extra help (LIS).



Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



America's Health Choice Plan Terminations

This script is used for callers who have questions or are affected by the termination of America's Health Choice Medicare Advantage Plan (H1034) or Medicare prescription drug plan (S9086).

Drug Coverage Cost Information

This script is used if the caller wants to information on Medicare drug plan costs such as the late enrollment penalty, the coverage gap, true out of pocket costs, ways to pay the premium, and delays in premium deductions. It also explains costs for people with Medicare who qualify for the extra help (LIS) .

Drug Coverage Part A Part B Covered Drugs

This script is used if the caller wants to know if drugs that are currently covered under Part A or Part B will continue to be covered.

Drug Coverage Involuntary Disenrollment

This script gives reasons why the drug plan may/must disenroll a member.

Drug Coverage Medicare Advantage

This script is used if the caller states they belong to a Medicare Advantage Plan (or other Medicare Health Plan). It explains that Medicare is working with their Medicare Advantage (or other Medicare Health Plan) to help them provide more coverage or lower the cost of their existing coverage.

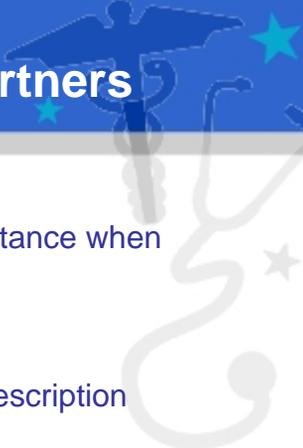
Drug Coverage Formulary and Pharmacy Information

This script should be used for callers who have questions about drugs covered under Medicare drug plans, formulary lists, applying for an exception, pharmacy selection, or how to fill a prescription. It also contains information on formulary restrictions and the transition process for enrolling in a drug plan.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage LIS Food Stamps Housing Assistance

This script should be read if the caller is concerned about losing their food stamps or housing assistance when they apply for the extra help.

Drug Coverage Plan Mailings LIS Mailings

This script describes the mailings that people with Medicare will receive after joining a Medicare prescription drug plan.

Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment How to Enroll

This script explains the ways that people who are eligible for the extra help can join a prescription drug plan.

Drug Coverage Coordination of Benefits COB

This script explains the coordination of benefits with drug plans and other insurance.

Drug Coverage Pharmacist Employer Referral

This script gives contact information for pharmacists and employers.

Drug Coverage Employer Retiree Dropping Coverage

This script gives information if the caller states that their employer or union is dropping their retiree health and/or drug coverage.

Drug Coverage LIS Territories

This script explains how the drug coverage will work if you have Medicaid and live in one of the US Territories.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Nursing Home Fax

This script should be used if someone from a Nursing Home calls to find out which Medicare drug plan their resident is enrolled in.

PILOT CSRS ONLY – Drug Coverage 3-Way Calls to Plans

This script should be used only by Richmond Super Users to conduct 3-way phone calls between callers and Medicare drug plans

SunCoast Physicians Health Plan H5942 Termination Florida

This script should be used if a caller will be affected by or has questions about the termination of the SunCoast Physicians Health Medicare Advantage Plan (H5942) in the following Florida counties: Broward, Dade, and Palm Beach.

Drug Coverage Enrollment Travel Move States Snowbird

This script contains information about how the drug plans work for people who live in more than one state or move to a different state.

Plan Specific Humana First Seniority Freedom United Sierra Health Universal American and MemberHealth

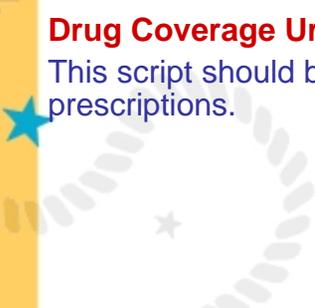
This script should be used if the caller has a question about several specific plans.

Drug Coverage LIS Pharmacist Questions

This script was created to answer questions from Pharmacists.

Drug Coverage Urgent Crisis Call Beneficiary at the Pharmacy

This script should be used if the caller has Medicare and Medicaid and has an urgent need to get his/her prescriptions.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage LIS WellPoint POS UNICARE

This script should be used if a caller states that the WellPoint Point of Service Facilitated Enrollment Solution is not working.

Drug Coverage LIS Facilitated Enrollment Plan Welcome Letter

This script should be used if a caller received a welcome letter from a plan that they did not enroll in.

Drug Coverage LIS Center for Extra Help Phone Calls

This script should be used if the caller received a phone call from someone at the Center For Extra Help With Medicare Drug Costs.

Drug Coverage LIS New York EPIC

This script explains that EPIC is requiring some enrollees to give personal information in order for EPIC to send in an application for extra help.

Plan Complaints

This script should be used if the caller has complaints about the Medicare drug coverage.

Drug Coverage Plan Termination Nonrenewal Consolidation

This script should be used if a caller gets a letter saying their drug plan is terminating or being consolidated with another plan.

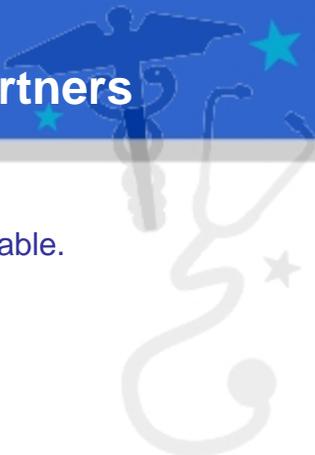
DoctorCare Termination Florida Claims Denied

This script should be used for people affected by the termination of the DoctorCare plan.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



CS Drug Coverage Local Plans in Your Area

This script should be used to explain that the publication “Local Plans in Your Area” is no longer available.

Drug Coverage LIS Plan Reassignments

This script should be used if a LIS beneficiary is reassigned into another drug plan.

Drug Coverage Enrollment Plan Unknown

This script should be used if the caller has not received his/her plan’s card and needs his/her prescriptions filled.

Drug Coverage LIS Plan Unknown

This script should be used if a caller who qualifies for the extra help has not be auto-enrolled in a Medicare drug plan and has an immediate need to fill their prescriptions.

Drug Coverage LIS Illinois Medicaid Error

This script should be used if the caller lives in Illinois and received the extra help incorrectly.

Universal Health Care Any, Any, Any Plan H5820 Termination

This script should be used if the caller is calling about the financial status of the Universal Health Care Insurance Company's Private Fee-For-Service (PFFS) Plans (Any, Any, Any Plans).

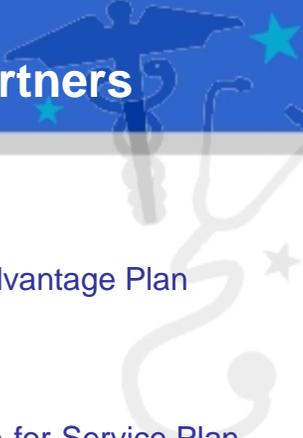
Drug Coverage Part B GlaxoSmithKline GSK Settlement

This script should be used to answer questions about the lawsuit filed against GlaxoSmithKline. The lawsuit claimed that they were overcharging on the co-payments of certain drugs.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Plan Enrollment Reconciliation Letter

This script should be used if the caller received a letter or phone call from a drug plan or Medicare Advantage Plan about a change in his or her enrollment status.

Drug Coverage West Virginia Coventry Advantra Freedom PFFS H5227

This script should be used for callers who were enrolled into Coventry Advantra Freedom Private Fee-for-Service Plan (H5227, PBP 802) by West Virginia Public Employees Insurance Agency (PEIA).

America's Health Choice Plan H1034 Termination

This script should be used for callers who were affected by or have questions about the termination of the Medicare Advantage Plan (H1034) offered by America's Health Choice.



Status: Active

Deactivated Date: n/a

Script:

Medicare ofrece cobertura para recetas médicas a todas las personas que tienen la Parte A o la Parte B. Usted puede obtener esta cobertura inscribiéndose en un plan de Medicare para recetas médicas durante un período de inscripción válido.

Hay compañías de seguros y otras entidades privadas que trabajan con Medicare para ofrecer planes de recetas médicas donde usted vive. Los planes pueden variar en cuanto a la cobertura, los costos y las farmacias que participan. Los planes de Medicare para recetas médicas cubren medicamentos genéricos y de marca comercial.

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, puede que reúna los requisitos para obtener ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos cubiertos por Medicare. La mayoría de personas que reúnen los requisitos no tendrán que pagar ni las primas ni las deducibles, y no gastarán más de \$5.60 en el 2008 (\$5.35 en el 2007) por cada receta. La cantidad de la ayuda a dependerá de los ingresos y recursos que usted tenga.

Recuerde que todas las personas con Medicare pueden obtener cobertura para recetas médicas, sin importar el nivel de sus ingresos y recursos, estado de salud o costos actuales de medicamentos.

Aunque no tome muchos medicamentos ahora, conviene inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Si no se inscribe en un plan de medicamentos al comienzo de su derecho a hacerlo, es posible que tenga que pagar una multa si decide inscribirse más tarde. Esto significa que, pagará una prima más alta durante todo el tiempo que tenga la cobertura de Medicare para medicamentos.

¿Quiere saber si puede inscribirse en un plan ahora? **Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage.

¿Desea obtener información sobre los costos? **Drug Coverage Cost Information

¿Quiere averiguar si reúne los requisitos para obtener la ayuda complementaria? **Drug Coverage LIS Extra Help Apply

¿Tiene los beneficios completos de Medicaid? **Drug Coverage LIS Medicaid Dual Eligible Spend Down

¿Tiene cobertura de algún otro plan de medicamentos? **Drug Coverage and Other Coverage

¿Está inscrito en un plan Medicare Advantage? **Drug Coverage Medicare Advantage

¿Vive en alguno de los territorios de los Estados Unidos? **Drug Coverage LIS Territories

¿Desea comparar los planes de Medicare para recetas médicas que se ofrecen en su área, o ya está listo para inscribirse en un plan? **CS Medicare.gov Tools

Tips:

TIP = Medicare prescription drug coverage works the same for Railroad Retirement Board (RRB) beneficiaries. Please do not refer callers to the RRB for questions about Medicare prescription drug coverage.

TIP = If your drug plan has any of your personal information incorrect, please contact the plan so they can correct their records.

REFERRAL = SHIP, **only** if the caller has received his or her plan information and needs help selecting the best plan. All other questions should be answered by the CSR and **not** referred to the SHIP.

SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply

SCRIPT = Drug Coverage Formulary and Pharmacy Information

TIP = The first enrollment period was November 15, 2006 to May 15, 2006 for PDPs. It extended until June 30, 2006 for MA plans.

Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

****ALERT:** A new SEP has been added to this script for callers who are currently in a Medicare Advantage Plan (with or without drug coverage) and feel as though they were misled into joining it. [CLICK HERE](#) to access the SEP without having to go through the flow of the script.**

START » Use this script for enrollment and disenrollment questions about Medicare Advantage Plans and Medicare prescription drug plans. This script has portions that are only for Tier IIs - please be aware of this as you are using the script.

[Click here for general election period information - [MA Plans \(no drug\)](#) / [Drug Plans \(PDP/MA PDP\)](#)]

En general, los cambios a la cobertura sólo se pueden hacer durante el período anual de elección, que se comprende entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año. Sin embargo, puedo averiguar si usted puede iniciar, cancelar o cambiar su inscripción en los planes durante otro período (como por ejemplo, durante el período inicial de inscripción o el período especial de inscripción).

****CSR NOTE:** This script outlines each election period to help you determine if the beneficiary is eligible to join, switch, or disenroll. If that is what the beneficiary wants to do, please click on the first button below.**

What is the caller's issue?

Join, switch, or leave (disenroll) a drug plan or Medicare Advantage Plan	
How to join a drug plan	How drug coverage will start before effective date without a membership card
Disenrollment status check OR cancellation	Caller wants to disenroll and NGD is down

The two buttons below are **only for Tier IIs:**

Disenrollment Process - use AFTER join/switch/leave button OR warm Tier I transfer <small>Tier II Only</small>	Claims/Services are being denied after disenrollment <small>Tier II Only</small>
---	---

Tier I and Tier II **Shortcut** links to be used after the script directs you to:

A	B	C	D <small>Tier II Only</small>
E <small>Tier II Only</small>	F <small>Tier II Only</small>	G <small>Tier II Only</small>	H <small>Tier II Only</small>
I <small>Tier II Only</small>	J <small>Tier II Only</small>	K <small>Tier II Only</small>	L <small>Tier II Only</small>

[TOP](#)[BACK](#)

****Only use this section to give general information. If the caller wants to know if s/he can enroll or disenroll, [click here](#).****

Hay varios períodos de inscripción para los Planes Medicare Advantage:

1. Período Inicial de Elección de Cobertura: Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage al comienzo de su derecho a participar en Medicare.

2. **Período de Inscripción Especial** - Usted puede hacer cambios en su cobertura en ciertas situaciones.

3. **Período de Elección Anual**: Del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año.

4. **Período de Inscripción Abierta** - Del 1.º de enero al 31 de marzo de cada año.

Desde el 1.º de enero de 2007 hasta el 31 de julio de 2007, hubo un periodo único de inscripción llamado el Período Abierto de Inscripción Limitado. Si usted estaba afiliado al Plan Original de Medicare, podía inscribirse en un Plan Medicare Advantage que no incluyera la cobertura para medicamentos. Podía inscribirse en cualquier momento si usted ya no estaba en medio de un período de elección. Esto no se aplica a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA) ni a los planes para recetas médicas ofrecidos a través de Medicare y Medicare Advantage. Sin embargo, este período de inscripción ha terminado y no se puede utilizar.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****Only use this section to give general information. If the caller wants to know if s/he can enroll or disenroll, [click here](#).****

Hay varios períodos de inscripción para los planes de Medicare para recetas médicas:

1. Período de Inscripción Inicial: Usted puede inscribirse en un plan para recetas médicas al comienzo de su derecho a participar en Medicare.
2. Período de Inscripción Especial: Usted puede hacer cambios en su cobertura en ciertas situaciones.
3. Período de Elección Anual: Del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año.
4. **Período de Inscripción Abierta** ara Planes Medicare Advantage: Del 1.ro de enero al 31 de marzo de cada año.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Tal vez pueda hacer **un** cambio adicional durante el período de inscripción abierta de los Planes Medicare Advantage. Del 1.º de enero al 31 de marzo, que es el período de inscripción abierta, se puede hacer los siguientes cambios:

Si ya está inscrito:	Podría inscribirse:
en un Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas	en otro Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas o en el Plan Original de Medicare + un Plan para Recetas Médicas. (Esto incluye los planes privados de pago por servicio que no ofrecen cobertura de medicamentos + un Plan para Recetas Médicas independiente.)
sólo en un Plan Medicare Advantage	sólo en otro Plan Medicare Advantage o sólo en el Plan Original de Medicare
en el Plan Original de Medicare + un Plan para Recetas Médicas	en un Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas. (Esto incluye los planes privados de pago por servicio que no ofrecen cobertura de medicamentos + quedarse con su Plan para Recetas Médicas independiente.)
sólo en el Plan Original de Medicare	en un Plan Medicare Advantage sin cobertura para recetas médicas
en un plan privado de pago por servicio que no ofrece la cobertura de medicamentos + un plan Medicare de recetas médicas independiente	en un Plan Medicare Advantage de Recetas Médicas o el Plan Original de Medicare + un plan Medicare de recetas médicas

Los Planes Medicare Advantage **no están obligados** a aceptar solicitudes durante el período de inscripción abierta. Debe comunicarse con el plan para averiguar si están aceptando nuevos miembros. Sin embargo, si usted desea darse de baja, el plan tiene que aceptar su solicitud de desafiliación para que pueda regresar al Plan Original de Medicare.

Usted será desafiado de su Plan Medicare Advantage (un plan Medicare Advantage o un plan Medicare Advantage para recetas médicas) si decide inscribirse en otro plan (un plan Medicare Advantage, plan Medicare Advantage para recetas médicas o plan Medicare para recetas médicas). Esto dependerá de qué tipo de cambios le está permitido hacer.

Si usted se da de baja durante este período de inscripción abierta, su desafiliación será efectiva el último día del mes en el que se dé de baja. Si cambia de plan, su nuevo plan comenzará el primer día del siguiente mes.

Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Click on the type of plan that the caller **wants to join** or **wants to disenroll from**:

**Medicare Advantage Plan
(no drug coverage)**

**Drug Plan (PDP) or Medicare
Advantage Drug Plan (MA PDP)**
("drug plan" throughout the script refers to both)

Si usted se inscribe en un plan, cambia de plan o se da de baja de un plan, pero cambia de idea antes de que el cambio tenga efecto, debe llamar a su plan para cancelar la solicitud de inscripción o de desafiliación. Si corresponde, también debe comunicarse con el plan en el que desee quedarse. Una vez que su plan se haga efectivo, usted deberá esperar hasta el próximo período de inscripción (especial o anual) para hacer cambios en su cobertura. El último plan en el que se inscriba será el plan que sea efectivo. (Por ejemplo, si usted trata de inscribirse en dos planes en un mismo mes, el último de los dos será el plan efectivo.)

Enrollment, Disenrollment Periods, Drug Coverage and Medicare Advantage.
Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

Los Planes Medicare Advantage incluyen: ([click here for a definition of any of the following plans](#))

- Planes de Cuidado Coordinado (CCPs)
 - Planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMOs)
 - ~ Planes de Costos
 - Planes de Organizaciones Patrocinadas por Proveedores (PSOs)
 - Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPOs)
 - ~ PPO Local
 - ~ PPO Regional
 - Planes para Necesidades Especiales (SNP)
- Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS)
- Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)
- Planes de Sociedades Benéficas de Hermandades Religiosas (RFB)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

- **Plan Medicare Advantage:** Un programa de Medicare que le ofrece más opciones entre los planes de salud. Todas las personas que tienen las Partes A y B de Medicare pueden participar, excepto las que padecen de enfermedad renal en etapa final (a menos que se apliquen ciertas excepciones). A este plan a veces se le conoce como la Parte C del Programa Medicare.
- **Planes de Cuidado Coordinado (CCP):** Un plan que incluye una red de proveedores aprobados por Medicare que debe brindar un paquete de beneficios aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- **Plan de Punto de Servicio (POS):** Una opción de beneficio que un plan MA de cuidado coordinado ofrece a sus miembros. En la opción de Punto de Servicio, el plan

En Medicare Advantage le permite a sus miembros recibir, pagar un costo adicional, ciertos servicios fuera de la red del plan.

- **Planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO):** Un tipo de plan de cuidado coordinado en el que un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de salud aceptan prestar atención a las personas con Medicare por una cantidad fija de dinero que Medicare les paga cada mes. Usted generalmente debe atenderse con los proveedores de la red del plan.
- **Planes de Costos:** Un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP).
- **Planes de Organizaciones Patrocinadas por Proveedores (PSO):** Un tipo de plan de cuidado coordinado que es establecido u organizado, y operado por un proveedor o grupo de proveedores afiliados.
- **Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO):** Un tipo de plan de cuidado coordinado que tiene una red de proveedores que han aceptado recibir un reembolso específico por los servicios cubiertos y que prevé el reembolso de los gastos relacionados con todos los servicios cubiertos, sin importar si los servicios se prestan dentro de la red de proveedores.
- **Planes de Organizaciones Locales de Proveedores Preferidos:** Una organización de proveedores preferidos cuya área de servicio es más pequeña que la de una organización regional; el área de servicio puede comprender un condado, parte de un condado o varios condados.
- **Planes de Organizaciones Regionales de Proveedores Preferidos:** Una organización de proveedores preferidos que solamente puede ofrecerse en una Región Medicare Advantage, la cual se define como un área comprendida dentro de los 50 estados y el Distrito de Columbia.
- **Planes para Necesidades Especiales (SNP):** Cualquier tipo de plan de cuidado coordinado que cumple con los correspondientes requisitos estipulados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y que inscribe exclusivamente o en su mayoría a personas con necesidades especiales.
- **Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS):** Un tipo de Plan Medicare Advantage en el que usted puede atenderse con cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago del plan. El plan de seguro, y no el Programa de Medicare, es el que decide cuánto pagará y cuánto paga usted por los servicios que recibe. Es posible que usted pague más o pague menos por los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que usted reciba otros servicios que no cubre el Plan Original de Medicare.
- **Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA):** Un plan de salud de Medicare que tiene dos partes. La primera parte es una Póliza de Seguro de Salud con un deducible alto. La segunda parte es una cuenta de ahorros médicos especial en la que Medicare deposita dinero que usted puede usar para pagar sus gastos médicos.
- **Planes de Sociedades Benéficas de Hermandades Religiosas (RFB):** Un plan de salud de Medicare que podría restringir la inscripción sólo a las personas de la iglesia, asociación religiosa o grupo al que la sociedad se encuentra afiliada.

[TOP](#)

[BACK](#)

Initial Coverage Election Period

[TOP](#) [BACK](#)

Si recién ha adquirido el derecho a participar en la Parte A y **también** en la Parte B de Medicare, puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage durante un período de 7 meses. Este período empieza 3 meses antes del mes en que usted adquirió su derecho a inscribirse en las Partes A y B de Medicare y termina 3 meses después de la adquisición de ese derecho. Esto es válido si usted tiene derecho a participar en Medicare por su edad o por una incapacidad.

Si usted trabaja y está cubierto por un plan de salud de grupo ofrecido por su empleador y no se inscribe en la Parte B durante su período de inscripción inicial de Medicare, tendrá la oportunidad de inscribirse en la Parte B durante un período de inscripción especial cuando se jubile. Podrá inscribirse en un Plan Medicare Advantage desde los 3 meses anteriores al comienzo de su cobertura de la Parte B.

**Does the beneficiary qualify for the initial coverage election period?

If YES, [click here](#) to transfer to Tier II.

If NO, [click here](#) for SEP language.

[TOP](#) [BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = [EE Medicare Initial and General Enrollment Periods](#), for information on Part B enrollment periods.

SCRIPT = [EE Special Enrollment Period for Working Aged](#), for information on Part B enrollment periods.

Special Enrollment Period

[TOP](#)

[BACK](#)

READ: Le voy a leer una lista de las razones por las que pueden concederle un período de inscripción especial. Avíseme cuando escuche alguna que le corresponda. Algunos de los periodos de inscripción especial que tengo en la lista, pueden ser limitados solamente para un inscripción o un pedido para darse de baja (en el sentido que algunos no permitirían uno o el otro).

Las razones son las siguientes:

****Click for more info about each****

1. Usted **se muda** y ya no puede participar en su Plan Medicare Advantage porque se encuentra fuera del área de servicio.
2. Usted vive actualmente en, entro a, o se salio de un **centro de cuidado a largo plazo (LTC)**, o ha salido del mismo.
3. Su Plan Medicare Advantage **va a terminar o no va a renovar** su contrato.
4. **Se inscribe** en un **plan de salud de grupo a través de su empleador o sindicato**, o **se retira** del mismo.
5. **Se inscribe** en un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (**PACE**), o **se retira** del mismo.
6. Tiene **tanto Medicare como Medicaid** (elegibilidad doble).
7. Recibe **ayuda** de su estado **para pagar sus primas de Medicare**.
8. **Dejó una póliza Medigap** para inscribirse por primera vez en un Plan Medicare Advantage. Ahora, llevando **menos de un año** en el Plan Medicare Advantage, quiere inscribirse en otra póliza Medigap y **regresar al Plan Original de Medicare**.
9. Su derecho a participar en Medicare se le concedió **en forma retroactiva**.

10. **Tiene Enfermedad Penal en Etapa Final (ESRD)** y su derecho a participar en Medicare se le concedió **en forma retroactiva**.
11. Recibe beneficios del **Programa de Ingreso Suplemental de Seguridad (SSI)** (Deemed Reason Code is 10) o **le aprobaron la ayuda adicional** (AND the enrollment type in the MA PDP tab is "C").
12. En los **últimos 12 meses**, se inscribió en un Plan Medicare Advantage durante el período de inscripción inicial que rodeaba el **cumplimiento de 65 años**. Ahora quiere **regresar al Plan Original de Medicare**.
13. You are calling because there was a change in your enrollment or you are requesting a retroactive change to your 2006 enrollment (**Enrollment Reconciliation**).
14. Le **engañaron para que se inscribiera** a un Plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) cuando pensó que se estaba inscribiendo en otro tipo de plan. Usted quiere darse de baja o cambiarse al plan que usted quiso originalmente.
****Check the MA PDP tab to verify that the caller is in an MA Plan.****
15. Usted se ve afectado por la terminación del Plan Medicare Advantage de la compañía de seguros America's Health Choice, Inc. (H1034).

****If above reasons don't apply, [CLICK HERE](#) for EE and AEP language.**

[TOP](#)

[BACK](#)

¿Se va a mudar en forma permanente fuera del área de servicio del plan?

¿Va a estar fuera del área de servicio del plan por más de 6 meses, aunque no se va a mudar en forma permanente?

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Debe notificarle a su plan actual de su mudanza. Asegúrese de verificar que el plan no ofrezca servicios en el área a la que usted se va a mudar.

Puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage en su nueva área tan pronto como el primer día del mes anterior a su mudanza. De esta forma, su nueva cobertura puede comenzar el primer día del mes en el que se muda. O, puede inscribirse hasta 2 meses después de haberse mudado.

Puede elegir que su fecha efectiva sea hasta 3 meses después del mes en que el Plan Medicare Advantage reciba su solicitud de inscripción. No obstante, la fecha efectiva no puede ser antes de la fecha en la que usted se muda.

Cuando solicite inscribirse en el nuevo plan, asegúrese de darles su nueva dirección. Por favor tenga en cuenta que le corresponde al plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación. Es posible que su plan se comunique con usted para obtener más información.

Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Debe notificarle a su plan actual que está dejando el área de servicio por más de 6 meses. Asegúrese de verificar que el plan no ofrezca servicios en el área a la que usted se va a mudar.

Usted puede inscribirse por primera vez en un Plan Medicare Advantage en su nueva área al principio del sexto mes que se encuentre fuera del área de servicio donde vivía antes. El período de inscripción especial termina al final del octavo mes que esté fuera del área de servicio donde vivía antes.

Puede elegir que su fecha efectiva sea hasta 3 meses después del mes en que el Plan Medicare Advantage reciba su solicitud de inscripción. No obstante, la fecha efectiva no puede ser antes de la fecha en la que usted se muda.

Cuando solicite inscribirse en el nuevo plan, asegúrese de darles su nueva dirección. Por favor tenga en cuenta que le corresponde al plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación. Es posible que su plan se comunique con usted para obtener más información.

Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Usted tendrá un continuo periodo de inscripción abierto si vive actualmente, entro a, o se salio de un:

- Centros de enfermería especializada (SNF, para sus siglas en inglés)
- Centros de enfermería (NF, para sus siglas en inglés)
- Centros de cuidados intermedios para personas con retraso mental (ICF/MR, para sus siglas en inglés)
- Hospital de siquiátricas o la unidad
- Hospital de rehabilitación o la unidad
- Hospital de cuidado de largo plazo
- Hospital con camas para tratamiento adicional ("swing-bed")

Si vive actualmente o entro en uno de estas instituciones, le darán un período de inscripción especial por el tiempo que permanezca en el centro.

Los Planes Medicare Advantage **no están obligados** a aceptar solicitudes durante el período de inscripción abierta. Debe comunicarse con el plan para averiguar si están aceptando nuevos miembros. Sin embargo, si usted desea **darse de baja**, el plan tiene que aceptar su solicitud de desafiliación para que pueda regresar al Plan Original de Medicare.

Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Si su plan no va a renovar su contrato o el plan va a terminar, a usted le darán un período de inscripción especial para que se inscriba en otro plan. El plan le avisará cuáles son sus opciones. La fecha efectiva del nuevo plan dependerá de cada situación.

Si no desea inscribirse en otro Plan Medicare Advantage, usted regresará automáticamente al Plan Original de Medicare.

Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

TIP BOX:

SCRIPT = [CS Medicare Advantage Plan Non Renewal](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

- Le darán un período de inscripción especial para inscribirse en un Plan Medicare Advantage patrocinado por un empleador o para darse de baja del mismo.
- Le darán un período de inscripción especial si desea dejar su Plan Medicare Advantage para inscribirse en cualquier tipo de plan patrocinado por un empleador.
- Le darán un período de inscripción especial si va a dejar su plan patrocinado por el empleador y desea inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Usted puede elegir que su fecha efectiva de inscripción o de desafiliación sea hasta 3 meses después del mes en que el plan reciba su solicitud de elección.

Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

1. Puede dejar su Plan Medicare Advantage en cualquier momento para inscribirse en un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).
2. Si se da de baja de un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE), tiene hasta 2 meses para inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

Caller wants to enroll or switch plans

Caller wants to disenroll

TOP

BACK

[TOP](#) [BACK](#)

Usted puede inscribirse en un plan, cambiar de plan o darse de baja del plan en cualquier momento mientras aún esté recibiendo los beneficios de Medicaid o del Programa de Ahorros de Medicare.

Si usted pierde su derecho a participar en el Programa Medicaid o en el Programa de Ahorros de Medicare, le darán un período de inscripción especial para que se inscriba en otro Plan Medicare Advantage. Este período de inscripción especial comenzará el mes en que usted pierda su derecho a participar en el Programa Medicaid o en el Programa de Ahorros de Medicare y terminará 2 meses después.

Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

****If caller has Medicaid, ask if they have talked to their State Medicaid Office to make sure that changing plans won't affect their current coverage.****

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE: Check the MA PDP tab to see what type of Medicare Advantage Plan the caller is in and if the effective date is less than a year from today's date.****

Is the effective date of the MA plan or the MA PDP plan less than one year from today?

YES

NO

[Check for other SEPs reasons]

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Basándome en la información en nuestro sistema, puede que usted tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para dejar su Plan Medicare Advantage y regresar al Plan Original de Medicare. Por favor tenga en cuenta que es le corresponde al plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para obtener más información.

Si quiere inscribirse en un plan para recetas médicas, tendrá que esperar hasta el período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre), a menos que usted reúna los requisitos para usar **un período de inscripción especial**.

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Como su derecho a participar en Medicare se le concedió en forma retroactiva, perdió su período inicial de elección de cobertura para Medicare Advantage. Por este motivo, le darán un período de inscripción especial para inscribirse en un Plan Medicare Advantage. Usted tiene que tener las Partes A y B de Medicare para poder inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

El período de inscripción especial comenzará el mes en que usted reciba notificación de que puede participar en Medicare. El período terminará 2 meses después de ese mismo mes. La fecha efectiva depende de cada situación, pero nunca es antes del primer día del mes en que le notificaron de su derecho a participar en Medicare.

[Caller wants to enroll](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Como su derecho a participar en Medicare se le concedió en forma retroactiva, perdió su período inicial de elección de cobertura para Medicare Advantage. Por este motivo, le darán un período de inscripción especial si usted cumple con las siguientes condiciones:

- Estaba inscrito en un plan de salud ofrecido por la misma organización Medicare Advantage el mes antes de adquirir su derecho a inscribirse en las partes A y B de Medicare;
- Comenzó a padecer la enfermedad renal terminal (o en etapa final) (ESRD) mientras era miembro de ese plan de salud;

El período de inscripción especial comenzará el mes en que usted reciba notificación de que puede participar en Medicare. El período terminará 2 meses después de ese mismo mes. La fecha efectiva será el primer día del mes después de que el Plan Medicare Advantage reciba su solicitud de inscripción.

[Caller wants to enroll](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Si usted no se inscribió por su cuenta en un plan de Medicare para recetas médicas, Medicare le escogió uno. Como usted anteriormente estaba inscrito en un Plan Medicare Advantage, Medicare le escogió un Plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de medicamentos.

Le darán un período de inscripción especial en el que podrá cambiar de plan una vez antes de que termine el año natural durante el cual Medicare le inscribió. Si Medicare escogió un plan para usted en el 2006, le darán un período de inscripción especial para que pueda cambiar o darse de baja del plan ahora. Si decide inscribirse en un plan, la fecha en que comienza su cobertura será el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su pedido de inscripción. Si opta por cancelar su plan, la fecha en que termina la cobertura será el último día del mes en el que el plan reciba su pedido de cancelación.

Por favor tenga en cuenta que le corresponde al plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para obtener más información.

Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan. Si se da de baja o decide quedar fuera del plan ("opt out"), habrá usado su única oportunidad de cambiar de plan y tendrá que esperar hasta el próximo período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre) para hacer otro cambio.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)[BACK](#)

ASK: ¿Por qué se pasó de la fecha del período de inscripción? (IEP, AEP o SEP)?

DO NOT READ THE FOLLOWING TO THE CALLER

CSR NOTE:

- If the caller enrolled directly with the plan and the plan has no record of the enrollment, OR
- If the caller received a letter stating that they were disenrolled and this is an error (for example: the letter says that they lost Part A and/or Part B OR there is a date of death on file)
These should be regular complaints. **Do not log them as an Enrollment Exception (EE).** Go to the PDP Plan Referral.

The only reasons that will allow for an exception are:

1. A serious medical emergency, such as an unexpected hospitalization that caused a person to miss enrolling in a Medicare Advantage Plan during an enrollment period (IEP, AEP, OEP, or SEP). ****CSR NOTE:** The beneficiary has to be in the hospital for the majority of the enrollment period (IEP, AEP, OEP, or SEP). (This is for the Regional Office to decide after the EE is submitted.)**
2. The caller makes a change to their hospice status (joins or leaves) and wants to either join or leave a Medicare Advantage Plan.
3. The caller was misled into joining one type of plan when they thought they were joining another type of plan. (**This does not apply to MA Plans or MA-PDPs.**)
4. The caller is in one of the following plans (check the MA PDP tab, write down the contract ID, and when you return to this script, click **Shortcut O** at the top), they say that the website had a different annual cost for this plan, AND they would not have enrolled based on the true cost. The plans are: H0351, H0544, H0564, H0755, H3366, H3814, H3954, H3964, H4206, H5422, S4802, S5557, S5617, S5660, S5678, S5803, S5904, S5917, S5983.

Examples that would NOT ALLOW for an exception (**if caller falls into one of these categories, DO NOT file an EE**):

- Unsuccessful attempt to call 1-800-MEDICARE or the Medicare Advantage Plan
- Bad weather
- Home computer crashed
- Caller didn't know about Medicare Advantage Plans
- Power or phone failure that prevented enrollment
- A mailed enrollment form returned as undeliverable on or after the end of the enrollment period

Does the caller get an exception based on one of the FOUR reasons above?

Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

YES

NO

TOP

BACK

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE:** Call the Help Queue. You should remain in queue until an actual agent is reached. DO NOT perform a blind transfer. Tell the Help Queue which EE reason you think the caller qualifies for.

- If it is truly an EE, the Help Queue will take ownership of the call and file the EE. Do not process an enrollment or disenrollment. Help Queue will handle the EE request.
- If it is not an EE, the Help Queue will tell you how to handle the call.

****DO NOT FILE AN EE FOR ANY REASON. The Help Queue will be the only ones filing EEs.****

If the caller needs to wait for the AEP, [click here](#) for the language.

[TOP](#)

[BACK](#)

Annual Election Period

[TOP](#)

[BACK](#)

Lo lamento, pero la fecha límite para inscribirse o cancelar su cobertura ya ha pasado. Si desea hacer algún cambio, tendrá que esperar hasta el 15 de noviembre, a menos que reúna las condiciones para que se le otorgue un período especial de inscripción. (El 15 de noviembre es la fecha en que comienza el período anual de elección.) Si hace un cambio durante el período anual de elección, la nueva cobertura entrará en vigencia el 1 de enero del año siguiente.

****If the member feels strongly about joining or leaving a plan now, please use your soft**

skills to explain that they have to wait**
Learn how to explain to members why they have to wait for Medicare Advantage

[TOP](#)

[BACK](#)

Transfer to Tier II

[TOP](#)

[BACK](#)

Tier I CSRs:

Como a usted le interesa inscribirse en un Plan Medicare Advantage, necesito transferirle a un Especialista de Beneficios de Medicare que puede ayudarle. Quizás tenga que repetir cierta información personal. Voy a transferir su llamada en este momento. Por favor no cuelgue. Puede haber unos minutos de silencio mientras el Especialista de Beneficios de Medicare contesta su llamada.

****CSR NOTE:** When transferring for enrollment/disenrollment, tell the Tier II the reason that the beneficiary qualifies for enrollment/disenrollment. For example, let the Tier II know that they qualify for a specific SEP.**

If the caller is eligible for an enrollment period (SEP or IEP) that allows them to have a future effective date that is later than the first day of the next month, READ:

Dado que usted desea que su plan comience después del primer día del mes próximo, tendrá que comunicarse con el plan en el que desea inscribirse. Debe informarles cuándo desea que comience su cobertura. ****CSR NOTE:** If the caller is in their IEP, the effective date can be no sooner than their effective date for Medicare.**

Tier II CSRs:

****Use script "[CS Medicare.gov Tools](#)" and the CSR Plan Finder Tool to assist the caller.****

[TOP](#)

[BACK](#)

How to Enroll

[TOP](#)[BACK](#)

Inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas es su decisión. Si no se inscribe, no perderá la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Si desea obtener la cobertura de Medicare para recetas médicas, debe inscribirse en uno de los planes disponibles en su área durante el período de inscripción. Puede inscribirse en un plan que solamente cubre recetas médicas, o en un Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas que también cubrirá su atención médica y del hospital.

Para inscribirse en un plan de medicamentos, debe tener la Parte A o B de Medicare, y vivir en el área de servicio del plan. Esto quiere decir que usted no puede inscribirse en un plan de recetas médicas si no vive en los Estados Unidos o sus territorios.

Antes de inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, debe comparar los costos, las farmacias que participan en la red del plan y los medicamentos que están cubiertos. De esta manera, podrá escoger un plan que responda a sus necesidades.

Se quedará en el mismo plan para recetas médicas hasta que se cambie o se dé de baja. Durante el próximo período de elección anual, debe comparar sus opciones de plan incluso si no está pensando en cambiar de plan.

Si usted se inscribe en un plan, cambia de plan o se da de baja de un plan, pero cambia de idea antes de que la nueva situación entre en vigencia, debe llamar a su plan para cancelar la solicitud de inscripción o de desafiliación. Si corresponde, usted también debe comunicarse con el plan en el que desea quedarse. Una vez que su plan entre en vigor, usted deberá esperar hasta el próximo período de inscripción (especial o anual) si desea hacer cambios en su cobertura. El último plan en el que se inscriba será el plan que sea vigente. (Por ejemplo, si usted trata de inscribirse en dos planes en un mismo mes, el último de los dos tendrá vigencia.)

Usted se puede inscribir:

1. Permiéndome ayudarle a enviar su solicitud de inscripción. (No todos los planes me permiten hacerlo.)
2. Visitando www.medicare.gov, y usando el centro de inscripción en línea. (No todos los planes ofrecen inscripción a través de [medicare.gov](http://www.medicare.gov).)
3. Comunicándose con el plan de recetas médicas para pedir un formulario de inscripción impreso, y enviándolo luego por correo o fax a la compañía. Tal vez también pueda inscribirse por teléfono o en el sitio Web del plan. (No todos los planes ofrecen inscripción por teléfono.)
4. mediante el proceso de Inscripción de Grupo. Su empleador puede inscribirlo en un plan de salud de grupo o en uno patrocinado por un sindicato.

Si envía por correo una solicitud impresa durante:

En el **período de inscripción anual**, el plan de recetas médicas debe recibirla para el 31 de diciembre para poder entrar en vigencia el 1.º de enero. Si usted no cumple con esta fecha límite, tendrá que esperar hasta el próximo período de elección anual, a menos que reúna los requisitos para utilizar un período de inscripción especial.

- un **período de inscripción especial**, el plan de recetas médicas debe recibir la solicitud antes de fin de mes para poder entrar en vigencia el primer día del siguiente mes.
- un **período de inscripción inicial**, el plan de recetas médicas debe recibir la solicitud antes de que usted tenga derecho a la cobertura de Medicare, para que el plan pueda entrar en vigencia el mismo día en que lo hace Medicare. O, si usted ya tiene derecho a la cobertura de Medicare, el plan debe recibir la solicitud antes de fin de mes para poder entrar en vigencia el primer día del siguiente mes.

La solicitud puede tardar hasta 30 días en tramitarse. Por eso, conviene inscribirse al principio del período de inscripción para asegurarse de recibir sus materiales antes de que la cobertura comience. (Estos materiales incluyen su tarjeta de afiliación, la carta de confirmación y el paquete de bienvenida.) Si no ha escuchado nada de su plan después de 30 días, por favor llame al plan para saber el estado de su solicitud. Tenga en cuenta que si usted se está inscribiendo durante el período de elección anual, la fecha efectiva será el 1.º de enero.

Si cierta información requerida en el formulario de inscripción está incompleta o no coincide con los archivos de Medicare, el plan puede comunicarse con usted para obtener la información que falta o está incorrecta. Esto podría retrasar la capacidad del plan para tramitar su inscripción. Si usted no aporta la información necesaria en un plazo de 15 días o para el final del período de inscripción (lo que sea primero), le negarán la inscripción.

[TOP](#) [BACK](#)

TIP BOX:

TIP = You and your spouse have to join a Medicare drug plan separately.
TIP = ****For drug plans only - Don't read to a beneficiary** If a drug plan calls and wants to know why they can't see a beneficiary's enrollment, READ:** Please contact your Enrollment Services division so that they can update the files.
SCRIPT = If the caller has Medicaid, gets help from the state to pay for their premiums, has SSI, or has applied and been approved for the extra help, read script [Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment How to Enroll](#).
SCRIPT = [Drug Coverage Medicare Advantage](#), if the caller has questions regarding Prescription Drug Plans through Medicare Advantage Plans or other Medicare Health Plans.
SCRIPT = [CS Medicare.gov Tools](#)
SCRIPT = [Drug Coverage Formulary and Pharmacy Information](#)
SCRIPT = [Caller wants to know how coverage will start if they didn't get a membership card.](#)
SCRIPT = [Caller wants to join or leave a drug plan.](#)

Enrollment Disenrollment Period Medicare Prescription Drug Coverage: How to Join # 11111 (Online ONLY)

[TOP](#)

[BACK](#)

How coverage will start if they didn't get a membership card

[TOP](#)

[BACK](#)

Una vez que su plan reciba su solicitud, le enviarán una carta confirmando que la recibieron. Usted puede presentar esta carta en la farmacia como comprobante de inscripción para obtener sus recetas. Si no recibió esta carta, puede presentar la carta de bienvenida del plan.

Los planes no tienen que esperar la confirmación de Medicare para tramitar una solicitud de inscripción. Si su plan de medicamentos se niega a tramitar la solicitud hasta escuchar algo de Medicare, usted debe llamar al plan y pedir una carta de confirmación para que pueda obtener sus medicamentos recetados.

Si no recibió NINGÚN material de su plan, quizás tenga que pagar la receta directamente de su bolsillo. Debe guardar los recibos y trabajar con su plan para que le reembolsen los gastos.

Si reúne los requisitos para obtener la ayuda adicional, también debe llevar cualquiera de los siguientes comprobantes:

- una copia de la carta de inscripción automática en papel amarillo/verde
- la tarjeta de Medicaid
- una carta de aprobación de la Administración del Seguro Social
- cualquier otro comprobante de que puede recibir la ayuda adicional

Asegúrese de guardar estos materiales para su archivo.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = Medicare drug plan

SCRIPT = [Drug Coverage Enrollment Plan Unknown](#)

SCRIPT = [CS Medicare.gov Tools](#)

SCRIPT = [Caller wants to join or leave a drug plan.](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

If caller disenrolled and **claims or services are being denied**, [transfer to a Tier II](#).

Tier II: [Click here](#).

If caller wants to **cancel** the disenrollment, [click here](#).

READ:

Las solicitudes de desafiliación normalmente tardan hasta 15 días laborables en tramitarse. Una vez que se tramite, usted recibirá una carta confirmando su desafiliación o indicando por qué fue negada. La carta le llegará en un plazo de 30 días después de la fecha de su solicitud. Permítame verificar si nuestros archivos muestran su solicitud de desafiliación.

****CSR NOTE:** Check the MA PDP tab to find the disenrollment effective date. When you return to this script, click **Shortcut A** at the top.**

****Is there a disenrollment effective date in the MA PDP tab?***

YES

NO

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Su desafiliación se hizo efectiva el [insert date]. Usted recibirá una carta confirmando su solicitud de desafiliación.

****If it has been more than 30 days and the caller has not received a letter, ASK:**
¿Solicitó la desafiliación a través de su plan o de 1-800 Medicare?

[1-800-Medicare](#)

[Plan](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE:** Complete Duplicate Letter Request e-mail template.**

READ: Usted recibirá una carta de confirmación en los siguientes 7 a 10 días laborables.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Por favor llame a su plan para pedir una carta de confirmación.

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

****CSR NOTE:** Check the Activities tab to view call history for when the disenrollment was requested. When you return to this script, click **Shortcut B** at the top.**

****Is there a disenrollment request in the call history?***

YES	NO
-----	----

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE:** Verify date of disenrollment request.**

If it has been more than 15 business days (3 weeks) since disenrollment was requested, READ:

Como han pasado más de 15 días laborables desde que pidió la desafiliación, voy a reenviar su información a la Oficina Regional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para que se haga una investigación más a fondo. Una vez que se haya tramitado la solicitud de desafiliación, usted recibirá una carta confirmando su desafiliación o indicando por qué fue negada.

****CSR NOTE:** Complete PDP Plan Referral Complaint form. For Complaint Category select "Enrollment/Disenrollment"; for Complaint select "Untimely Processing of Disenrollment."**

If it has been less than 15 business days (3 weeks) since disenrollment was requested, READ:

Veo que pidió la desafiliación el [insert date]. Por favor espere hasta 15 días laborables para que se tramite la solicitud. Una vez que se haya tramitado, usted recibirá una carta confirmando su solicitud de desafiliación o indicando por qué fue negada. Si no recibe una carta dentro de los 30 días después de la fecha de su solicitud, por favor vuelva a llamarnos.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

****If the caller is insistent that they received confirmation of the disenrollment, Please verify information in the CSR Plan Finder Tool.****

- If the CSR Plan Finder Tool shows the beneficiary is still enrolled, [transfer to a Tier II](#) for investigation.
- If the CSR Plan Finder Tool shows no enrollment, a transfer is not needed. READ: Sírvase comunicarse con su plan para confirmar su desafiliación. Si se le ha negado una reclamación, solicite a su proveedor que vuelva a presentar la reclamación.

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

En la mayoría de los casos, la fecha efectiva de su desafiliación será el último día del mes en el cual el plan reciba la correspondiente solicitud. (**CSR NOTE: Exceptions to the "in most cases" are for enrollment periods that allow you to pick a different date.**)

Una vez que nuestro sistema haya procesado una solicitud de desafiliación, no podemos cancelarla. Sin embargo, usted puede comunicarse con su plan antes de la fecha efectiva de desafiliación para cancelarla.

¿La solicitud es para usted o para otra persona?

Caller is Beneficiary

Caller is Someone Else

TOP

BACK

Have you already requested a disenrollment before this phone call?

Yes

No

TOP

BACK

[TOP](#)

[BACK](#)

READ ALL (unless a Tier II received the call as a cold transfer and the caller says that they just did this with another CSR):

Si usted representa legalmente a la persona con Medicare, entonces deberá comprobar que está autorizado para realizar cambios en su nombre.

Usted debe tener un poder legal o duradero, comprobante de custodia legal otorgada por los tribunales o comprobante de otra autorización requerida por las leyes estatales que le autorice a tomar decisiones en nombre de la persona con Medicare (por ejemplo, los padres de la persona con Medicare que tiene menos de 18 años de edad, necesitan el acta de nacimiento).

Es necesario que confirme que tiene comprobante de esta autorización y que puede presentarlo al plan o a Medicare, si se lo solicitan.

¿Tiene la autorización necesaria y puede presentar este documento si se lo solicitan?

[Yes](#)

[No](#)

DIRECTIONS FOR CSRS:

In the CSR Comments field (upper applet of the Activities tab), enter the caller's name and phone number and that they attested to having power of attorney.

- If you are a Tier II and this process already happened with a Tier I, enter in the Comments field that attestation was done with a Tier I.

[TOP](#)

[BACK](#)

Lo siento, pero en este momento no puedo tramitar su solicitud de desafiliación. Por favor vuelva a llamar cuando tenga la autorización adecuada o cuando la persona con Medicare esté presente para dar su autorización verbal.

[TOP](#)

[BACK](#)

¿Se ha inscrito en otro plan de Medicare Advantage (MA) o en un plan Medicare para recetas médicas (MA PDP o PDP)?

Yes

No

TOP

BACK

Al inscribirse en otro Plan Medicare Advantage o Plan de Medicare para Recetas Médicas, se le dará de baja automáticamente de su plan actual. Usted recibirá una carta de su nuevo plan confirmándole la inscripción y una carta de su plan actual confirmándole la desafiliación. Puedo revisar nuestros archivos para verificar la tramitación de su solicitud de desafiliación.

****CSR NOTE:** Check MA PDP tab to see if caller has been disenrolled. If no date is showing, refer caller to his new plan to verify his enrollment.**

[TOP](#)

[BACK](#)

Transfer to Tier II

Tier I CSRs:

Le voy a transferir a un Especialista de Beneficios de Medicare que puede ayudarle con su solicitud de desafiliación. Quizás le pidan que repita cierta información personal. Voy a transferir su llamada en este momento. Por favor no cuelgue. Puede haber unos minutos de silencio mientras el Especialista de Beneficios de Medicare contesta su llamada.

****CSR NOTE:** When transferring for enrollment/disenrollment, tell the Tier II the reason that the beneficiary qualifies for enrollment/disenrollment. For example, let the Tier II know that they qualify for a specific SEP.**

Tier II CSRs:

[CLICK HERE](#) to start the disenrollment process.

[TOP](#)

[BACK](#)

Transfer to Tier II

Tier I CSRs:

Le voy a transferir a un Especialista de Beneficios de Medicare que puede ayudarle con su solicitud de desafiliación. Quizás le pidan que repita cierta información personal. Voy a transferir su llamada en este momento. Por favor no cuelgue. Puede haber unos minutos de silencio mientras el Especialista de Beneficios de Medicare contesta su llamada.

****CSR NOTE:** When transferring for enrollment/disenrollment, tell the Tier II the reason that the beneficiary qualifies for enrollment/disenrollment. For example, let the Tier II know that they qualify for a specific SEP.**

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Si opta por excluirse, o quedar fuera, del plan, será desafiliado de su plan actual de recetas médicas. Además, Medicare tampoco volverá a inscribirlo automáticamente.

****CSR NOTE:** If the beneficiary opts out before the facilitated enrollment effective date, the person will not be enrolled. If the beneficiary opts out of a plan they are currently enrolled in, the disenrollment effective date will be the last day of the month in which the request was made.**

****Read this paragraph only if the effective date is more than 2 months in the future:**
Si la fecha efectiva de la inscripción será dentro de 2 meses o más, no podemos tramitar la petición de exclusión. Por favor vuelva a llamarnos cuando falte menos de un mes para la fecha efectiva del plan.

****CSR NOTE:** The opt out request will be good forever. The beneficiary will not need to call and do it again in the future.

¿La solicitud es para usted o para otra persona?

Caller is Beneficiary	Caller is Someone Else
---------------------------------------	--

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

READ ALL (unless a Tier II received the call as a cold transfer and the caller says that they just did this with another CSR):

Si usted representa legalmente a la persona con Medicare, entonces deberá comprobar que está autorizado para realizar cambios en su nombre.

Usted debe tener un poder legal o duradero, comprobante de custodia legal otorgada por los tribunales o comprobante de otra autorización requerida por las leyes estatales que le autorice a tomar decisiones en nombre de la persona con Medicare (por ejemplo, los padres de la persona con Medicare que tiene menos de 18 años de edad, necesitan el acta de nacimiento).

Es necesario que confirme que tiene comprobante de esta autorización y que puede presentarlo al plan o a Medicare, si se lo solicitan.

¿Tiene la autorización necesaria y puede presentar este documento si se lo solicitan?

DIRECTIONS FOR CSRS:

In the CSR Comments field (upper applet of the Activities tab), enter the caller's name and phone number and that they attested to having power of attorney.

- If you are a Tier II and this process already happened with a Tier I, enter in the Comments field that attestation was done with a Tier I.

¿Ha llamado al 1-800-MEDICARE (antes de esta llamada) para pedir que no lo inscriban en este plan?

Yes

No

TOP

BACK

Normalmente la solicitud de exclusión tarda hasta 15 días laborables en tramitarse. Una vez que se tramite, usted recibirá una carta confirmando su decisión de excluirse de la cobertura de Medicare para recetas médicas. Permítame verificar si nuestros archivos muestran su solicitud de exclusión del plan.

****If it has been longer than 15 business days since the disenrollment request:**

- Tier I: [Transfer to Tier II](#)
- Tier II: Verify that the Opt Out Flag is "Y" and [click here](#).

[TOP](#)

[BACK](#)

If caller gets full Medicaid coverage or gets help with their Medicare premiums:

Para obtener la cobertura de Medicare para recetas médicas en el futuro, lo único que tiene que hacer es volver a llamarnos. Si decide que por el momento no desea la cobertura de medicamentos, tampoco tendrá la cobertura de recetas médicas que le brindaba anteriormente Medicaid y tendrá que obtener esta cobertura de algún otro lugar.

If caller gets SSI benefits or applied and was approved for the extra help:

Si usted se excluye de la cobertura de Medicare para recetas médicas y más tarde cambia de opinión, puede inscribirse en otro plan durante un período de inscripción válido.

¿Desea excluirse de la cobertura de Medicare para recetas médicas?

Yes	No
-----	----

[TOP](#) [BACK](#)

Usted se quedará inscrito en su plan actual, a menos que decida darse de baja más tarde.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

CSR NOTE: Check the MA PDP Tab to make sure that the caller is already in a plan. When you return to this script, click **Shortcut C** at the top.

****CSR NOTE:** We cannot disenroll people from demonstration projects. Most demonstration projects start with the number 90. **The following demonstration projects start with an "H":**

- H5443 – Care Level Management (Care Level Management Direct, Inc)
- H5445 – Health Buddy Program (Health Here Network, Inc. Demo)
- H2232 – Mass General Care Management (Massachusetts General Physicians)
- H3348 – Montefiore Care Guidance (Montefiore Medical Center)
- H5444 – RMS KEY to Better Health (RMS DM, LLC Demo Project)
- H4532 – Texas Senior Trails (Texas Tech Physicians Associates)
- H5413 – LifeMasters Program in Florida (LifeMasters Supported Selfcare, Inc. Demo Project)
- H8011 – MPower Health Medicare Medical Savings Account (MSA)

[Click here](#) if the caller is in a demonstration project and wants to leave.

Caller is in plan - continue

NGD doesn't show a plan

TOP

BACK

[TOP](#) [BACK](#)

Si no desea cambiar de plan, puede darse de baja. Si se da de baja de su Plan Medicare Advantage y no se inscribe en otro Plan Medicare Advantage, regresará automáticamente al Plan Original de Medicare.

Si lo inscribieron automáticamente y no desea un plan de Medicare para recetas médicas, debe optar por excluirse de la cobertura ("opt out") para que no sea inscrito automáticamente en otro plan.

Si usted abandona su cobertura de Medicare para recetas médicas y no se inscribe en otro plan hasta más tarde, podría tener que pagar una multa por estar sin cobertura acreditable de recetas médicas. Esto significa que aumentará su prima mensual. Si usted TIENE cobertura acreditable, no tendrá que pagar una multa si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más tarde. Cobertura acreditable es la cobertura de medicamentos que es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare.

Por favor tenga en cuenta que le corresponde al plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su desafiliación del plan. Es posible que su plan se comuniqué con usted para obtener más información.

****What does the caller want to do?**

Disenroll
(MA and PDP)

Opt Out
(only for auto-enrolled or facilitated enrolled;
not for MA Plans without drug coverage)

[TOP](#) [BACK](#)

Si usted está participando en un proyecto modelo, o de demostración, continúa estando cubierto por el Plan Original de Medicare. Si desea salirse del proyecto, debe comunicarse con el plan que lo ofrece.

[TOP](#)

[BACK](#)

Initial Enrollment Period

[TOP](#)

[BACK](#)

Si recién ha adquirido el derecho a participar en Medicare (o va a cumplir 65 años), puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas durante un período de 7 meses, que empieza 3 meses antes del mes en que usted adquirió su derecho a Medicare (o cumple 65 años) y termina 3 meses después de ese momento. Esto es válido si usted tiene derecho a participar en Medicare por su edad o por una incapacidad.

¿Cumplió recién 65 años, o acaba de llegar a los 25 meses de incapacidad?

If YES, click on situation below depending on the caller.

If NO, [click here](#) for SEP language.

Esto quiere decir:

- [que su cobertura de Medicare entrará en vigor en los próximos 3 meses](#),
- [que su cobertura de Medicare entró en vigor en los pasados 3 meses](#),
- [que le notificaron en los pasados 90 días que usted tiene derecho a la cobertura de Medicare. La fecha se encuentra en la carta que recibió de la Administración del Seguro Social \(SSA\)](#),
- [que usted estaba en Medicare debido a una incapacidad y que va a cumplir los 65 años en los próximos 3 meses o que los cumplió en los pasados 3 meses.](#)

Incluso si usted está trabajando y retrasa su inscripción en la Parte B, su período de inscripción inicial comprende siete meses, es decir: los 3 meses anteriores al comienzo de su derecho a la cobertura de Medicare, el mismo mes en que comienza su derecho a Medicare y los 3 meses posteriores al comienzo de su derecho a Medicare.

TIP BOX:

TIP = You can go to Beneficiaries tab to find the effective date of either Part A or Part B (whichever is **earlier**).

SCRIPT = [EE Medicare Initial and General Enrollment Periods](#), for information on Part B enrollment periods.

SCRIPT = [EE Special Enrollment Period for Working Aged](#), for information on Part B enrollment periods.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría estar dentro del período de inscripción inicial. Este período comienza 3 meses antes del mes en que usted adquiere su derecho a la cobertura de Medicare y termina 3 meses después del mes en que adquiere su derecho a la cobertura de Medicare. (Son 7 meses en total.)

Si solicita inscribirse antes de que comience su cobertura de Medicare, el plan de recetas médicas comenzará el mismo día en que lo hace Medicare. Si solicita inscribirse después de que comience su cobertura de Medicare, su plan comenzará el primer día del mes después de que su plan reciba la solicitud.

[Caller wants to enroll](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque perdió su período de inscripción inicial. Puede que le den un período de inscripción especial que comienza el mes en que fue notificado de que tiene derecho a la cobertura de Medicare y termina 2 meses después de ese mes. (El período dura 3 meses en total.)

Su plan comenzará el primer día del mes después de que su plan reciba la solicitud. La cobertura de recetas médicas no será retroactiva.

[Caller wants to enroll](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría estar dentro del período de inscripción inicial. Este período comienza 3 meses antes del mes en que usted cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que usted cumple 65 años. (Son 7 meses en total.)

Si solicita inscribirse antes del mes en que cumple 65 años, el plan de recetas médicas comenzará el primer día del mes en que cumple 65 años. Si solicita inscribirse después de que cumple 65 años, su plan comenzará el primer día del mes después de que su plan reciba la solicitud.

Caller wants to enroll

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Yo puedo ayudarle a comparar los planes y a solicitar la inscripción hoy mismo.

If the caller is eligible for an enrollment period (SEP or IEP) that allows them to have a future effective date that is later than the first day of the next month, READ:

Dado que usted desea que su plan comience después del primer día del mes próximo, tendrá que comunicarse con el plan en el que desea inscribirse. Debe informarles cuándo desea que comience su cobertura. ****CSR NOTE:** If the caller is in their IEP, the effective date can be no sooner than their effective date for Medicare.**

Si cambia de opinión, puede cambiar de plan o cancelar su inscripción **antes** de la fecha en que su plan entre en vigor. Una vez que su plan sea efectivo, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción para hacer cualquier cambio en su cobertura. Tal vez tenga que pagar una multa si no se inscribió en un plan de medicamentos cuando adquirió su derecho a hacerlo, incluso si le otorgan un período de inscripción especial. [SEE SCRIPT [Drug Coverage Cost Information](#) (Late Enrollment Penalty)].

Por favor tenga en cuenta que le corresponde al plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción en el plan. Sin embargo, el plan no tiene que esperar a recibir la confirmación de Medicare para que usted comience a usar la cobertura. Es posible que su plan se comunique con usted para obtener más información.

****CSR NOTE:** Use script "[CS Medicare.gov Tools](#)" and the CSR Plan Finder Tool.**

[TOP](#) [BACK](#)

Special Enrollment Period

[TOP](#)[BACK](#)

Si usted no reúne los requisitos para utilizar un período de inscripción especial, su próxima oportunidad para inscribirse, darse de baja o cambiar de plan será durante el período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre). Cualquier cambio hecho durante el período de elección anual entrará en vigor el 1.º de enero del próximo año.

Generalmente, una vez que una persona se inscribe, se da de baja o cambia de plan, el período de inscripción especial termina. La aprobación de su solicitud de inscripción/ desafiliación no está garantizada hasta que haya recibido una carta del plan. El plan verificará si usted tiene derecho a utilizar el período de inscripción especial. Algunos de los periodos de inscripción especial que tengo en la lista, pueden ser limitados solamente para un inscripción o un pedido para darse de baja (en el sentido que algunos no permitirían uno o el otro).

****CSR NOTE:** For the full list of reasons, [CLICK HERE](#). Otherwise, follow the links/questions below.**

1. ¿Reúne las condiciones para recibir la ayuda adicional? ****Check the MA PDP tab****
[>YES](#)
2. ¿Tiene cobertura (o tenía cobertura anteriormente) para medicamentos mediante otro tipo de seguro? [>YES](#)
3. ¿Se está modificando su situación de vivienda? [>YES](#)
4. [>Other](#)

TIP BOX:

TIP = If the caller didn't receive the Annual Notice of Change (ANOC) from the plan until AFTER November 15, 2006, the SEP to switch plans is over. [Click here for more information.](#)

[TOP](#)[BACK](#)

Special Enrollment Period

[TOP](#)

[BACK](#)

READ: Le voy a leer una lista de las razones por las que pueden concederle un período de inscripción especial. Avíseme cuando escuche alguna que le corresponda.

Las razones son las siguientes:

****Click for more info about each****

1. [Recibe ayuda adicional \(Medicaid, Medicare Savings Program, SSI, applied and approved\).](#)
2. [Perdió su derecho a recibir la **ayuda adicional**, y desea cambiar de plan o darse de baja.](#)
3. [Basándose en la información actualizada que usted proporcionó, la **Administración del Seguro Social reevaluó la decisión** sobre su solicitud de ayuda adicional para el 2007 y, como resultado de esa reevaluación, usted perdió la ayuda adicional o su copago cambió.](#)
4. [Se **inscribe** en un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos \(**PACE**\) o **se retira** del mismo.](#)
5. [Está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica \(**SPAP**\). If caller doesn't know if they are in an SPAP, \[click here\]\(#\).](#)

****If above reasons don't apply, [CLICK HERE](#) (for EE and AEP language).**

[TOP](#)

[BACK](#)

Special Enrollment Period

[TOP](#)[BACK](#)

READ: Le voy a leer una lista de las razones por las que pueden concederle un período de inscripción especial. Avíseme cuando escuche alguna que le corresponda.

Las razones son las siguientes:

****Click for more info about each****

1. Ha perdido **involuntariamente** su cobertura actual **acreditable** para recetas médicas.
2. **Se inscribe en uno de los siguientes planes, o se retira de los mismos:** un plan de salud de grupo acreditable a través de su empleador o sindicato, el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB) o el Programa COBRA.
3. Se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas, pero después se enteró que **tiene otra cobertura de medicamentos** que es **acreditable**. Por esta razón, quiere **darse de baja** del plan de Medicare para recetas médicas.
4. **Creyó que tenía otra cobertura de medicamentos que era acreditable**, pero después se enteró que **no** es acreditable. Ahora quiere **inscribirse** en un plan de medicamentos.
5. **Se inscribe** en un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (**PACE**), o **se retira** del mismo.
6. Está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (**SPAP**). If caller doesn't know if they are in an SPAP, [click here](#).
7. **Dejó una póliza Medigap** para inscribirse por primera vez en un Plan Medicare Advantage. Ahora, llevando **menos de un año** en el Plan Medicare Advantage, quiere inscribirse en otra póliza Medigap y **regresar al Plan Original de Medicare**.
8. En los **últimos 12 meses**, se inscribió en un Plan Medicare Advantage durante el período de inscripción inicial que rodeaba el **cumplimiento de 65 años**. Ahora quiere **regresar al Plan Original de Medicare**.
9. Usted tiene cobertura de TRICARE, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos u otra cobertura de medicamentos acreditable, y se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas, **lo que ocasionó que esta otra cobertura se volviera secundaria**. Quiere darse de baja del plan de medicamentos de Medicare. OR Usted tiene un plan de Medicare para recetas médicas y quiere darse de baja para inscribirse en TRICARE o en el programa del Departamento de Asuntos de Veteranos.

****If above reasons don't apply, [CLICK HERE](#) (for EE and AEP language).**

[TOP](#)

[BACK](#)

Special Enrollment Period

[TOP](#) [BACK](#)

READ: Le voy a leer una lista de las razones por las que pueden concederle un período de inscripción especial. Avíseme cuando escuche alguna que le corresponda.

Las razones son las siguientes:

****Click for more info about each****

1. **Se muda**, o se va a mudar, fuera del área de servicio del plan (también se incluyen aquellas personas que salen de la cárcel o aquellos que recientemente regresaron a los Estados Unidos).
2. Usted actualmente vive en, entra o salió de un institución, como por ejemplo un **centro de cuidado a largo plazo (LTC)**, o ha salido del mismo.
3. Regresó recién o **va a regresar a los Estados Unidos** y perdió su período de inscripción inicial.
4. Perdió su período de inscripción inicial por estar preso (**en la cárcel**), y ahora quiere inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

****If above reasons don't apply, [CLICK HERE](#) (for EE and AEP language).**

[TOP](#) [BACK](#)

Special Enrollment Period

[TOP](#)

[BACK](#)

READ: Le voy a leer una lista de las razones por las que pueden concederle un período de inscripción especial. Avíseme cuando escuche alguna que le corresponda.

Las razones son las siguientes:

****Click for more info about each****

1. **No tiene la Parte A y se inscribe en la Parte B** durante el **período de inscripción general** (de enero a marzo). ****Check Beneficiaries applet - there should not be an effective date for Part A AND the effective date for Part B should be July 1. If both are true, click here.****
2. **Usted va a perder o adquirir el derecho a participar en un Plan para Necesidades Especiales.** Por lo tanto, quiere inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas o retirarse del mismo.
3. Su plan de Medicare para recetas médicas **va a terminar o no va a renovar su contrato.**
4. **You are calling because there was a change in your enrollment or you are requesting a retroactive change to your 2006 enrollment (Enrollment Reconciliation).**
5. **Le engañaron para que se inscribiera** a un Plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) cuando pensó que se estaba inscribiendo en otro tipo de plan. Usted quiere darse de baja o cambiarse al plan que usted quiso originalmente. ****Check the MA PDP tab to verify that the caller is in an MA Plan.****
6. **Usted se ve afectado por la terminación del Plan Medicare Advantage (H1034) o del plan de Medicare para recetas médicas (S9086) de la compañía de seguros America's Health Choice, Inc.**

****If above reasons don't apply, [CLICK HERE](#) (for EE and AEP language).**

Special Enrollment Period

[TOP](#)

[BACK](#)

READ: Le voy a leer una lista de las razones por las que pueden concederle un período de inscripción especial. Avíseme cuando escuche alguna que le corresponda.

Las razones son las siguientes:

****Click for more info about each****

1. Usted recibe la **ayuda adicional** (Medicaid, Programa de Ahorros de Medicare, Programa de Seguridad de Ingreso Suplemental [SSI], solicito y esta aprobado).
2. **Perdió** su derecho a recibir la **ayuda adicional** y desea cambiar de plan o darse de baja.
3. Basándose en la información actualizada que usted proporcionó, la **Administración del Seguro Social reevaluó la decisión** sobre su solicitud de ayuda adicional para el 2007 y, como resultado de esa reevaluación, usted perdió la ayuda adicional o su copago cambió.
4. **Se muda**, o se va a mudar, fuera del área de servicio del plan (también se incluyen aquellas personas que salen de la cárcel o aquellos que recientemente regresaron a los Estados Unidos).
5. Usted vive actualmente en, entra o salió de un institución, como por ejemplo un **centro de cuidado a largo plazo (LTC)**, o ha salido del mismo.
6. No tiene la Parte A y **se inscribe en la Parte B** durante el **período de inscripción general** (de enero a marzo). ****Check Beneficiaries applet - there should not be an effective date for Part A AND the effective date for Part B should be July 1. If both are true, click here.****
7. Ha perdido **involuntariamente** su cobertura actual **acreditable** para recetas médicas.
8. **Se inscribe en uno de los siguientes planes, o se retira de los mismos:** un plan de salud de grupo acreditable a través de su empleador o sindicato, el Programa de

9. Se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas, pero después se enteró que **tiene otra cobertura de medicamentos** que es **acreditable**. Por esta razón, quiere **darse de baja** del plan de Medicare para recetas médicas.
10. **Creyó que tenía otra cobertura de medicamentos que era acreditable**, pero después se enteró que **no** es acreditable. Ahora quiere **inscribirse** en un plan de medicamentos.
11. **Se inscribe** en un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (**PACE**), o **se retira** del mismo.
12. Está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (**SPAP**). If caller doesn't know if they are in an SPAP, [click here](#).
13. Regresó recién o **va a regresar a los Estados Unidos** y perdió su período de inscripción inicial.
14. Perdió su período de inscripción inicial por estar preso (**en la cárcel**), y ahora quiere inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.
15. **Dejó una póliza Medigap** para inscribirse por primera vez en un Plan Medicare Advantage. Ahora, llevando **menos de un año** en el Plan Medicare Advantage, quiere inscribirse en otra póliza Medigap y **regresar al Plan Original de Medicare**.
16. En los **últimos 12 meses**, se inscribió en un Plan Medicare Advantage durante el período de inscripción inicial que rodeaba el **cumplimiento de 65 años**. Ahora quiere **regresar al Plan Original de Medicare**.
17. Usted va a perder o adquirir el derecho a participar en un **Plan para Necesidades Especiales**. Por lo tanto, quiere inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas o retirarse del mismo.
18. Usted tiene cobertura de TRICARE, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos u otra cobertura de medicamentos acreditable, y se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas, **lo que ocasionó que esta otra cobertura se volviera secundaria**. Quiere darse de baja del plan de medicamentos de Medicare. OR Usted tiene un plan de Medicare para recetas médicas y quiere darse de baja para inscribirse en TRICARE o en el programa del Departamento de Asuntos de Veteranos.
19. Su plan de Medicare para recetas médicas **va a terminar o no va a renovar** su contrato.
20. Usted está llamando sobre de un cambio a su inscripción o está solicitando un cambio de retroactiva a su inscripción de 2006 (Enrollment Reconciliation).
21. **Le engañaron para que se inscribiera** a un Plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) cuando pensó que se estaba inscribiendo en otro tipo de plan. Usted quiere darse de baja o cambiarse al plan que usted quiso originalmente.
Check the MA PDP tab to verify that the caller is in an MA Plan.
22. Usted se ve afectado por la terminación del Plan Medicare Advantage (H1034) o del

****If above reasons don't apply, [CLICK HERE](#) (for EE and AEP language).**

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Como usted califica para la ayuda adicional, usted puede inscribirse, darse de baja o cambiar de plan en cualquier momento. Si decide inscribirse en un plan, la fecha en que comienza su cobertura será el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su pedido de inscripción. Si decide cancelar su plan, la fecha en que termina la cobertura será el último día del mes en que el plan reciba su pedido de cancelación.

Si usted pierde su derecho a la ayuda adicional, le darán un período de inscripción especial para que se inscriba en otro plan de medicamentos. Este período de inscripción especial comenzará el mes en que usted pierda su derecho a la ayuda adicional y terminará 2 meses después.

****If caller has Medicaid and is currently in an MA PDP, ask if they have talked to their State Medicaid Office to make sure that changing plans won't affect their current coverage.****

READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, darse de baja del mismo o cambiar de plan. Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

Caller wants to enroll or switch plans

Caller wants to disenroll

TOP

BACK

[TOP](#) [BACK](#)

Si pierde el derecho a la ayuda adicional, se le dará un período de inscripción especial durante el cual podrá inscribirse en otro plan de recetas médicas o darse de baja del plan de medicamentos actual. Este período de inscripción especial comenzará el mes en que pierda el derecho a la ayuda adicional, y terminará 2 meses después. Si decide inscribirse en un plan, la fecha en que comienza su cobertura será el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su pedido de inscripción. Si decide cancelar su plan, la fecha en que termina la cobertura será el último día del mes en el que el plan reciba su pedido de cancelación.

READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para darse de baja de un plan de Medicare para recetas médicas o cambiar de plan. Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to switch plans](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)[BACK](#)

Usted recibió una carta de la Administración del Seguro social que comenzaba diciendo "Está cambiando la cantidad de ayuda adicional que recibe para pagar los gastos del plan de Medicare para recetas médicas". Usted recibió esta carta porque respondió a una carta enviada previamente por la Administración del Seguro Social. Su respuesta proporcionaba información actualizada sobre sus ingresos y recursos y se utilizó para determinar si usted reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional el año que viene. Basándose en la información actualizada que usted proporcionó, la Administración del Seguro Social reevaluó la decisión sobre la ayuda adicional que usted recibe.

Si a consecuencia de la reevaluación, usted perdió la ayuda adicional o su copago cambió, le darán un período de inscripción especial para que escoja un plan diferente. El período especial de inscripción abarca del 1 de enero al 31 de marzo de cada año natural o comienza el mes en que usted recibió notificación de la nueva evaluación y dura hasta 2 meses después (el que ocurra más tarde durante el año).

****CSR NOTE:** If caller wants to know their co-pay level for 2007, use the MA PDP tab to provide the information.**

READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, darse de baja del mismo o cambiar de plan. Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)[Caller wants to disenroll](#)**TIP BOX:**

SCRIPT = [Drug Coverage LIS Extra Help Apply](#) [LETTER ABOUT LIS STATUS], if caller wants general information about this or if caller wants to know how to appeal the decision

[TOP](#)[BACK](#)

[TOP](#)[BACK](#)

Usted debe notificarle a su plan actual que se va a mudar. Puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas en su nueva área tan pronto como el primer día del mes anterior a su mudanza (la cobertura comienza el primer día del mes después del mes en que usted solicita la desafiliación). De esta forma, su nueva cobertura comenzará el primer día del mismo mes en el que se muda. O, puede inscribirse hasta 2 meses después de que se haya mudado. Si decide inscribirse en un plan, la fecha en que comienza su cobertura será el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su pedido de inscripción. Si decide cancelar su plan, la fecha en que termina la cobertura será el último día del mes en que el plan reciba su pedido de cancelación.

Este período de inscripción especial existe para situaciones como las siguientes:

1. Usted ya no tiene derecho a participar en su plan de recetas médicas porque se mudó en forma permanente fuera del área de servicio del plan.
2. Usted no tenía derecho a inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque no vivía en el área de servicio del plan, pero ahora se va a mudar a un lugar donde hay cobertura de medicamentos. Esta situación se aplica asimismo a las personas que hayan vivido fuera de los Estados Unidos y ahora se encuentren de regreso en el país y **también** a los que hayan estado en la cárcel y que ahora se encuentren liberados.
3. Usted tendrá a su disposición nuevos planes de Medicare para recetas médicas (PDP o MA PDP) porque se va a mudar en forma permanente a un área diferente. Puede inscribirse en un plan de medicamentos en su nueva área, incluso si no estaba inscrito en un plan en el lugar donde vivía antes.

READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, darse de baja del mismo o cambiar de plan. Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)[Caller wants to disenroll](#)[TOP](#)[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Usted tendrá un periodo continuo de inscripción abierto si vive actualmente, entró a, o se salió de un:

- Centros de enfermería especializada (SNF, para sus siglas en inglés)
- Centros de enfermería (NF, para sus siglas en inglés)
- Centros de cuidados intermedios para personas con retraso mental (ICF/MR, para sus siglas en inglés)
- Hospital de psiquiátricos o la unidad
- Hospital de rehabilitación o la unidad
- Hospital de cuidado de largo plazo
- Hospital con camas para tratamiento adicional ("swing-bed")

Si usted vive actualmente o entró en uno de estas instituciones, tiene un período especial de inscripción continuo por todo el tiempo en que resida en el centro. Una vez que se vaya del centro, le darán otro período de inscripción especial para cambiar de plan, que dura hasta 2 meses después de que usted deja el centro. Si decide inscribirse en un plan, la fecha en que comienza su cobertura será el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su pedido de inscripción. Sin embargo, la fecha de comienzo de la cobertura no puede ser anterior al mes en que empiece su residencia en el centro. Si decide cancelar su plan, la fecha en que termina la cobertura será el último día del mes en que el plan reciba su pedido de cancelación.

READ:

Basándose en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, darse de baja del mismo o cambiar de plan. Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)[Caller wants to disenroll](#)[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Como usted se inscribió en la Parte B durante el período de inscripción general (de enero a marzo), puede inscribirse en un plan para recetas médicas del 1.º de abril al 30 de junio. El plan comenzará el 1.º de julio.

READ if it is between April 1 and June 30:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

El período de inscripción especial comienza el mes en que le informaron que perdió su cobertura acreditable y termina 2 meses después de haberla perdido, o 2 meses después de la notificación, lo que ocurra más tarde. Si pierde su cobertura por no haber pagado las primas, no le darán un período de inscripción especial.

La fecha efectiva de su inscripción en un plan para recetas médicas puede ser el primer día del próximo mes, o usted puede elegir una fecha futura para que entre en vigor, pero la fecha no puede ser más de 2 meses después de que termine el período de inscripción especial.

READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, darse de baja del mismo o cambiar de plan. Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

1. Le darán un período de inscripción especial si tiene o se va a inscribirse en un plan de grupo de su empleador o sindicato, en el Programa COBRA o en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB), y también desea darse de baja de su plan de Medicare para recetas médicas. Para tener derecho al período de inscripción especial, hay que tener cobertura que sea acreditable.
2. Le darán un período de inscripción especial si desea inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque abandona el plan de grupo de su empleador o sindicato, el Programa COBRA o el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB). Para tener derecho al período de inscripción especial, hay que tener cobertura que sea acreditable.

El período de inscripción especial durará mientras usted tenga el plan de grupo de su empleador o sindicato, el Programa COBRA o el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB) y terminará 2 meses después del mes en que termine la cobertura del empleador o sindicato.

Si usted abandona la cobertura de su empleador o sindicato, **quizás no pueda** recuperarla. Tal vez no pueda abandonar la cobertura **de medicamentos** de su empleador o sindicato sin abandonar también la cobertura **de salud** que tiene a través de ellos.

READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, darse de baja del mismo o cambiar de plan. Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Como su otra cobertura de medicamentos se considera acreditable, le darán un período de inscripción especial para darse de baja de su plan de Medicare para recetas médicas.

READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para darse de baja de un plan de Medicare para recetas médicas. Yo puedo enviar su solicitud de desafiliación.

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Como su otra cobertura de medicamentos no se considera acreditable, le darán un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

1. Usted puede dejar su plan de Medicare para recetas médicas en cualquier momento para inscribirse en un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE). Su programa PACE ofrecerá cobertura para recetas médicas.
2. Si se da de baja de un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE), tiene hasta 2 meses para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, darse de baja del mismo o cambiar de plan. Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

¿Cuál es el nombre del programa en el que está inscrito?

CSR NOTE: Go to "State Pharmacy Assistance Programs (SPAP) and Part D" in Reference Materials to see if that program is on the list of SPAPs.

If it is, [click here](#).

If it is not, [click here](#).

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****Read only if the caller is enrolled in a qualified SPAP****

Usted tiene una oportunidad por año natural para inscribirse, darse de baja o cambiar de plan si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) que reúne los requisitos exigidos.

Por favor recuerde que si desea cambiar de plan, simplemente debe inscribirse en otro plan. Al hacerlo, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

[Caller wants to disenroll](#)

TIP BOX:

REFERENCE MATERIAL = Access "State Pharmacy Assistance Programs (SPAP) and Part D" in Reference Materials to verify that an organization is a SPAP. The document also contains which SPAPs enrolled their beneficiaries and when this occurred.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Como usted no tenía derecho a inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas durante su período de inscripción inicial, tal vez ahora pueda inscribirse en un plan. El período de inscripción comienza 3 meses antes del mes en que usted adquiera el derecho a recibir la cobertura de Medicare para recetas médicas y termina 3 meses después del mes en que adquiera el derecho a esta cobertura. Una persona tiene derecho a la cobertura de recetas médicas de Medicare cuando regresa a vivir al país.

READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

[Caller wants to join a plan](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Como usted no tenía derecho a inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas durante su periodo de inscripción inicial, tal vez ahora pueda inscribirse en un plan. El período de inscripción comienza 3 meses antes del mes en que usted adquiera el derecho a recibir la cobertura de Medicare para recetas médicas y termina 3 meses después del mes en que adquiera el derecho a esta cobertura. Una persona tiene derecho a la cobertura de recetas médicas de Medicare cuando ya no está en la cárcel.

READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

[Caller wants to join a plan](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE: Check the MA PDP tab to see what type of Medicare Advantage Plan the caller is in and if the effective date is less than a year from today's date.****

Is the effective date of the MA plan or the MA PDP plan less than one year from today?

YES

NO

[Check for other SEPs reasons]

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Basándome en la información que ha dado, usted podría tener derecho a utilizar un período de inscripción especial, para dejar su Plan Medicare Advantage y regresar al Plan Original de Medicare e inscribirse en un plan para recetas médicas. Por favor tenga en cuenta que corresponde al plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunice con usted para obtener más información.

CSR NOTE: When the caller joins a prescription drug plan, it will automatically disenroll them from the Medicare Advantage Plan and return them to Original Medicare.

[Caller wants to switch to Original Medicare and a prescription drug plan](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Los Planes para Necesidades Especiales son un tipo de Plan Medicare Advantage. Para tener derecho a participar en un Plan para Necesidades Especiales, usted:

- Debe estar en una institución (como un asilo de ancianos), o
- Debe tener derecho a la cobertura tanto de Medicare como de Medicaid, o
- Padecer ciertos problemas médicos que sean crónicos o incapacitantes.

If caller is joining a Special Needs Plan, READ:

Usted puede desafilarse de su plan de Medicare para recetas médicas a fin de inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales. Recibirá su cobertura de recetas médicas a través del Plan para Necesidades Especiales.

If caller is no longer eligible for their Special Needs Plan, READ:

Basándome en la información que ha dado, quizás tenga derecho a utilizar un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de recetas médicas. Este período de inscripción especial comienza en la fecha en que se hizo efectiva su desafiliación involuntaria, y termina 3 meses después. La fecha efectiva de los planes de Medicare para recetas médicas varía según ciertos factores. Por eso, debe comunicarse con su plan para averiguar cuándo comenzará su cobertura.

[Caller wants to join a plan](#)

[Caller wants to disenroll](#)

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)[BACK](#)

Como usted tiene un plan de Medicare para recetas médicas y también la cobertura del Programa TRICARE, de un programa del Departamento de Asuntos de Veteranos o de otra plan de medicamentos que sea acreditable, esta otra cobertura es secundaria a Medicare. Usted tiene derecho a utilizar un período de inscripción especial para darse de baja del plan de medicamentos de Medicare. Esto permitirá que la otra cobertura vuelva a ser la cobertura primaria.

- Si tiene un plan de Medicare para recetas médicas y también la cobertura del Programa TRICARE o de un programa del Departamento de Asuntos de Veteranos, usted tiene derecho a utilizar un período de inscripción especial para darse de baja de su plan de medicamentos de Medicare.

En el caso del Programa TRICARE, esto permitirá que TRICARE vuelva a ser la cobertura primaria.

- Si tiene un plan de Medicare para recetas médicas y **quiere inscribirse** en el Programa TRICARE o en un programa del Departamento de Asuntos de Veteranos, usted tiene derecho a utilizar un período de inscripción especial para darse de baja de su plan de medicamentos de Medicare.

****CSR NOTE:** If caller wants to disenroll or opt out, [CLICK HERE](#).

****If caller believes they are losing TRICARE because they were enrolled in a Medicare drug plan, READ:**

Al inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, usted no ha perdido ni cancelado su cobertura del Programa TRICARE. Sin embargo, como tiene cobertura de TRICARE y del plan de medicamentos de Medicare, el plan de Medicare pagará primero, haciendo que TRICARE se convierta en pagador secundario. Si su farmacéutico verifica el estado de su seguro en el sistema de la farmacia, podrá ver que el plan de Medicare es el pagador primario y que TRICARE es el pagador secundario de sus reclamaciones de medicamentos. Si usted se da de baja del plan de Medicare para recetas médicas, el Programa TRICARE volverá a ser el pagador primario. ****CSR NOTE:** If caller wants to disenroll or opt out so that TRICARE is primary, [CLICK HERE](#).**

****If you check the MA PDP tab and the caller had been in a Medicare drug plan but disenrolled previously, READ:**

Según nuestros datos, la fecha efectiva en que usted se dio de baja de su plan de Medicare para recetas médicas es el [DATE]. Debe comunicarse con Express Scripts, el administrador de beneficios farmacéuticos que tiene contrato con TRICARE, y avisarle que ya no está inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas. Puede comunicarse con el centro de atención telefónica que TRICARE opera para tratar asuntos relacionados con Express Scripts. El número es 1-866-363-8779.

[Caller wants to disenroll](#)

TIP BOX:

SCRIPT = [Drug Coverage and Other Coverage](#), for general information about TRICARE and VA benefits

TIP = 1-800-MEDICARE cannot send out letters stating that someone does not have a Medicare drug plan.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Si su plan no va a renovar su contrato o el plan va a terminar, a usted le darán un período de inscripción especial para que se inscriba en otro plan. El plan le avisará cuáles son sus opciones. La fecha efectiva del nuevo plan dependerá de cada situación.

[Caller wants to enroll or switch plans](#)

TIP BOX:
SCRIPT = [CS Medicare Advantage Plan Non Renewal](#)

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Hubo un período especial de inscripción que abarcó desde el 1.º de enero al 14 de febrero de 2007 para los que no recibieron del plan el Aviso Anual de Cambios hasta después del comienzo del período anual de elección (15 de noviembre). Usted debió recibir de su plan una carta en la que se explica que se le ha otorgado un período especial de inscripción. Se incluyó un código en el margen superior derecho, SEP-A06.

Este período especial de inscripción ha terminado. Usted puede tener derecho a participar en otro período especial de inscripción o tendrá que esperar hasta el próximo período de elección anual si desea realizar cambios a su cobertura.

[CLICK HERE](#) for SEP reasons.

[CLICK HERE](#) for EE language, which leads to AEP language.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)[BACK](#)

ASK: ¿Por qué se pasó de la fecha del período de inscripción (IEP, AEP, or SEP)?

DO NOT READ THE FOLLOWING TO THE CALLER

CSR NOTE:

- If the caller enrolled directly with the drug plan and the plan has no record of the enrollment, OR
- If the caller received a letter stating that they were disenrolled and this is an error (for example: the letter says that they lost Part A and/or Part B OR there is a date of death on file)
These should be regular complaints. **Do not log them as an Enrollment Exception (EE).** Go to the PDP Plan Referral.

The only reasons that will allow for an exception are:

1. A serious medical emergency, such as an unexpected hospitalization that caused a person to miss enrolling in a drug plan during an enrollment period (IEP, AEP, or SEP). ****CSR NOTE:** The beneficiary has to be in the hospital for the majority of the enrollment period (IEP, AEP, or SEP). (This is for the Regional Office to decide after the EE is submitted.)******
2. The caller makes a change to their hospice status (joins or leaves) and wants to either join or leave a Medicare drug plan.
3. The caller was misled into joining one type of plan when they thought they were joining another type of plan. (****This does not apply to MA Plans or MA-PDPs.****)
4. The caller lives in Craig, Alaska on Prince Royal Island and is currently enrolled in United/AARP.
5. The caller is in one of the following plans (check the MA PDP tab, write down the contract ID, and when you return to this script, click **Shortcut N** at the top), they say that the website had a different annual cost for this plan, AND they would not have enrolled based on the true cost. The plans are: H0351, H0544, H0564, H0755, H3366, H3814, H3954, H3964, H4206, H5422, S4802, S5557, S5617, S5660, S5678, S5803, S5904, S5917, S5983.

Examples that would NOT ALLOW for an exception (****if caller falls into one of these categories, DO NOT file an EE****):

- Unsuccessful attempt to call 1-800-MEDICARE or the drug plan
- Bad weather
- Home computer crashed
- Caller didn't know about the Medicare drug coverage
- Power or phone failure that prevented enrollment
- A mailed enrollment form returned as undeliverable on or after the end of the enrollment period
- Caller just started taking prescriptions and wants to join a drug plan.
- Caller just changed prescriptions and wants to join or switch plans.

Does the caller get an exception based on one of the FIVE reasons above?

YES

NO

TOP

BACK

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE:** Call the Help Queue. You should remain in queue until an actual agent is reached. DO NOT perform a blind transfer. Tell the Help Queue which EE reason you think the caller qualifies for.

- If it is truly an EE, the Help Queue will take ownership of the call and file the EE. Do not process an enrollment or disenrollment. Help Queue will handle the EE request.
- If it is not an EE, the Help Queue will tell you how to handle the call.

****DO NOT FILE AN EE FOR ANY REASON. The Help Queue will be the only ones filing EEs.****

If the caller needs to wait for the AEP, [click here](#) for the language.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Lo lamento, pero la fecha límite para inscribirse o cancelar su cobertura ya ha pasado. Si desea hacer algún cambio, tendrá que esperar hasta el 15 de noviembre, a menos que reúna las condiciones para que se le otorgue un período especial de inscripción. (El 15 de noviembre es la fecha en que comienza el período anual de elección.) Si hace un cambio durante el período anual de elección, la nueva cobertura entrará en vigencia el 1 de enero del año siguiente.

****If the caller feels strongly about joining or leaving a plan now, please use your soft skills to explain that they have to wait.****

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****If the caller is not the beneficiary and hasn't already attested, [click here](#) for disenrollment and [click here](#) for opt out.****

****What does the caller want to do?**

Disenroll
(MA and PDP)

Opt Out
(only for auto-enrolled or facilitated enrolled)

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****What type of plan?**

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| Medicare Advantage | Medicare Advantage Prescription Drug Plan | Prescription Drug Plan |
|------------------------------------|---|--|

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

Voy a enviar su solicitud de desafiliación del plan [insert plan name]. Continúe usando su plan actual hasta la fecha de su desafiliación. Después de la fecha de desafiliación, [insert plan name] dejará de cubrir sus costos de cuidado de salud. Usted regresará automáticamente al Plan Original de Medicare.

Una vez enviada la solicitud, no podrá detenerla ni cancelarla. Sin embargo, usted puede cancelar la desafiliación si llama a su plan antes de la fecha en que ésta tenga efecto. La cancelación no puede tramitarse **después** de la fecha efectiva de la desafiliación.

****If the caller wants to re-enroll because they can't cancel their disenrollment, [CLICK HERE](#).**

One moment please, while I submit your disenrollment request.

****CSR NOTE:** Go to the MA PDP tab to complete the disenrollment. (When you return to this script, click **Shortcut E** at the top.)**

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

Voy a enviar su solicitud de desafiliación del plan [insert plan name]. Continúe usando su plan actual hasta la fecha de su desafiliación. Después de la fecha de desafiliación, [insert plan name] dejará de cubrir sus recetas médicas o sus costos de cuidado de salud.

Una vez enviada la solicitud, no podrá detenerla ni cancelarla. Sin embargo, usted puede cancelar la desafiliación si llama a su plan antes de la fecha en que ésta tenga efecto. La cancelación no puede tramitarse **después** de la fecha efectiva de la desafiliación.

****If the caller wants to re-enroll because they can't cancel their disenrollment, [CLICK HERE](#).**

Por favor espere un momento mientras envío su solicitud de desafiliación.

****CSR NOTE:** Go to the MA PDP tab to complete the disenrollment. (When you return to this script, click **Shortcut E** at the top.)**

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

Voy a enviar su solicitud de desafiliación del plan [insert plan name]. Continúe usando su plan actual hasta la fecha de su desafiliación. Después de la fecha de desafiliación, [insert plan name] dejará de cubrir sus recetas médicas.

Una vez enviada la solicitud, no podrá detenerla ni cancelarla. Sin embargo, usted puede cancelar la desafiliación si llama a su plan antes de la fecha en que ésta tenga efecto. La cancelación no puede tramitarse **después** de la fecha efectiva de la desafiliación.

****If the caller wants to re-enroll because they can't cancel their disenrollment, [CLICK HERE](#).**

Por favor espere un momento mientras envío su solicitud de desafiliación.

****CSR NOTE:** Go to the MA PDP tab to complete the disenrollment. (When you return to this script, click **Shortcut E** at the top.)**

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

Voy a enviar su solicitud de exclusión del plan. Con esto se cancelará su inscripción en el plan [plan name]. Medicare no volverá a inscribirlo automáticamente.

Si en el futuro usted desea un plan de Medicare para recetas médicas, [puede inscribirse en un nuevo plan](#) durante un período de inscripción válido.

****If the caller wants to re-enroll because they can't cancel their opt out, [CLICK HERE](#).**

Por favor espere un momento mientras envío su solicitud de exclusión el plan.

****CSR NOTE:** Go to the MA PDP tab to complete the disenrollment. (When you return to this script, click **Shortcut E** at the top.)**

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****Were you able to complete the disenrollment/opt out?**

YES	NO
-----	----

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Closing for disenrollment

He enviado su solicitud de desafiliación. Normalmente la solicitud tarda hasta 15 días laborables en tramitarse. La fecha efectiva de esta desafiliación será el último día del mes en que el plan reciba la solicitud. Una vez que se tramite la solicitud, usted recibirá una carta confirmando su desafiliación o indicando por qué fue negada. Le corresponde al plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su desafiliación.

Closing for opt out

He enviado su solicitud de exclusión de la cobertura de Medicare para recetas médicas y de la inscripción automática en los planes de medicamentos de Medicare en el futuro. La fecha efectiva será el último día del mes en que el plan reciba la solicitud. Normalmente la solicitud tarda hasta 15 días laborables en tramitarse. Una vez que se tramite, usted recibirá una carta confirmando su decisión de rechazar la cobertura de Medicare para recetas médicas. Le corresponde al plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su desafiliación. Si desea la cobertura de Medicare para recetas médicas en el futuro, puede inscribirse en un nuevo plan durante un período de inscripción válido.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Lo siento. No puedo completar su desafiliación el día de hoy. No puedo verificar la información que nos ha dado sobre el plan. Si usted sabe el número de teléfono de su plan, puede llamarlos y ellos tramitarán su desafiliación.

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

Lo siento pero no podemos obtener acceso a sus archivos en este momento para tramitar su solicitud de desafiliación. Puede volver a llamarnos más tarde o puede llamar a su plan para darse de baja.

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

CSR Reminder: While verifying disenrollment dates, check the Activities Tab to see if the disenrollment has been processed.

¿Han pasado más de 15 días laborables desde que solicitó la desafiliación?

[YES](#)

[NO](#)

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

Por favor espere hasta 15 días laborables para que se tramite su solicitud de desafiliación. Usted recibirá una carta de confirmación una vez que se haya completado el proceso.

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

¿Se comunicó con su plan o con 1-800-Medicare para solicitar la desafiliación?

[Plan](#)

[1-800-Medicare](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

¿Le están negando cuidado de emergencia porque los archivos de su proveedor muestran que usted sigue inscrito en un Plan Medicare Advantage?

YES

NO

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****In the Enrollment Compare tab, check the MA PDP Enrollment, Medicare Advantage CWF System, and Medicare Advantage Data Repository applets. When you return to this script, click Shortcut F at the top.****

MA PDP Enrollment	Medicare Advantage CWF System	Medicare Advantage Data Repository	Action
-------------------	-------------------------------	------------------------------------	--------

Enrollment	Disenrollment	Disenrollment date is the same	Disenrollment Advantage	Click here
Disenrollment dates are not consistent				Click here
Disenrollment date shown	No disenrollment date shown	No disenrollment date shown	No disenrollment date shown	Click here
Disenrollment date is the same		No disenrollment date shown	No disenrollment date shown	Click here
Disenrollment date shown	No disenrollment date shown	Disenrollment date shown	Disenrollment date shown	Click here
No disenrollment date shown	No disenrollment date shown	No disenrollment date shown	No disenrollment date shown	Click here
No plan is listed	Plan is listed	Plan is listed	Plan is listed	Click here
Plan listed (no date)	No plan is listed	No plan is listed	No plan is listed	Click here
No plan is listed	No plan is listed	No plan is listed	No plan is listed	Click here

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

Según nuestra base de datos, su desafiliación fue efectiva el [insert date]. Por favor pídale a su proveedor que vuelva a enviar la reclamación.

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

Por favor comuníquese con su plan para averiguar el estado de su desafiliación.

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

Nuestra base de datos no muestra ninguna fecha de desafiliación para usted. Por favor comuníquese con su plan para averiguar sobre su solicitud de desafiliación. Una vez que hayamos actualizado en nuestro sistema la información sobre su desafiliación, su proveedor deberá volver a enviar su reclamación a Medicare para que la tramiten.

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

READ: Medicare está al tanto de que puede haber problemas con la tramitación de algunas solicitudes de desafiliación, y está trabajando para corregirlos. Voy a reenviar su información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Una vez que hayamos actualizado en nuestro sistema la información sobre su desafiliación (lo cual tardará unos 15 días laborables), su proveedor deberá volver a enviar la reclamación a Medicare para que la tramiten. Lamento mucho si esto le ha ocasionado molestias.

****CSR NOTE:** Complete the MA Disenrollment Log. Send an email to your site POC and be sure to include all the specific details about the situation, including what makes it urgent. The subject line should contain the word "urgent."******

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

READ: Según nuestra base de datos, su desafiliación fue efectiva el [insert date]. Por favor pídale a su proveedor que vuelva a enviar la reclamación.

****CSR NOTE:** If it has been more than 5 days from today's date, complete the MA Disenrollment Log**

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

READ: Medicare está al tanto de que puede haber problemas con la tramitación de algunas solicitudes de desafiliación, y está trabajando para corregirlos. Voy a reenviar su información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Una vez que hayamos actualizado en nuestro sistema la información sobre su desafiliación (lo cual tardará unos 15 días laborables), su proveedor deberá volver a enviar la reclamación a Medicare para que la tramiten. Lamento mucho si esto le ha ocasionado molestias.

****CSR NOTE:** Complete the MA Disenrollment Log. Send an email to your site POC and be sure to include all the specific details about the situation, including what makes it urgent. The subject line should contain the word "urgent". **

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

Medicare está al tanto de que puede haber problemas con la tramitación de algunas solicitudes de desafiliación, y está trabajando para corregirlos. Voy a reenviar su información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Una vez que hayamos actualizado en nuestro sistema la información sobre su desafiliación (lo cual tardará unos 15 días laborables), su proveedor deberá volver a enviar la reclamación a Medicare para que la tramiten. Lamento mucho si esto le ha ocasionado molestias.

****CSR NOTE: Complete the MA Disenrollment Log****

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

If the Audit Indicator in the MA PDP tab shows that the case was audited, READ:

Se ha tramitado la desafiliación. Sírvase solicitarle al proveedor que vuelva a presentar la solicitud.

If the case has NOT been audited, READ:

Medicare está al tanto de que puede haber problemas con la tramitación de algunas solicitudes de desafiliación, y está trabajando para corregirlos. Voy a reenviar su información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Una vez que

hemos actualizado en nuestro sistema la información sobre su desafiliación (lo cual tardará unos 15 días laborables), su proveedor deberá volver a enviar la reclamación a Medicare para que la tramiten. Lamento mucho si esto le ha ocasionado molestias.

****CSR NOTE: Complete the MA Disenrollment Log****

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

If the Audit Indicator in the MA PDP tab shows that the case was audited, READ:

Se ha tramitado la desafiliación. Por favor pídale al proveedor que vuelva a presentar la solicitud.

If the case has NOT been audited:

****CSR NOTE:** Complete PDP Plan Referral Complaint form requesting a retroactive disenrollment using "MA-RD." In the Comment section, note that the beneficiary has a letter from the plan with a date different from that on our records.**

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

¿Recibió una carta donde se confirmaba su desafiliación?

YES

NO

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

¿Cuál es la fecha de su carta? ¿Es correcta?

YES

NO

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****In the Enrollment Compare tab, check the MA PDP Enrollment, Medicare Advantage CWF System, and Medicare Advantage Data Repository applets. When you return to this script, click Shortcut G at the top.****

MA PDP Enrollment	Medicare Advantage CWF System	Medicare Advantage Data Repository	Action
Disenrollment dates match date on letter			Click here
Disenrollment dates do not match date on letter			Click here
Disenrollment date matches letter	No disenrollment date or date doesn't match letter	No disenrollment date or date doesn't match letter	Click here
Disenrollment date matches letter		No disenrollment date or date doesn't match letter	Click here
No disenrollment date	No disenrollment date	No disenrollment date	Click here
No plan is listed	Plan is listed	Plan is listed	Click here
Plan listed (no date)	No plan is listed	No plan is listed	Click here
No plan is listed	No plan is listed	No plan is listed	Click here

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

Por favor pídale a su proveedor que vuelva a enviar la reclamación.

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE:** Complete PDP Plan Referral Complaint form requesting a retroactive disenrollment using "MA-RD." In the Comment section, note that the beneficiary has a letter from the plan with a date different from that on our records.**

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****CSR NOTE:** Complete PDP Plan Referral Complaint form requesting a retroactive disenrollment using "MA-RD." In the Comment section, note that the caller says a confirmation letter has been received.**

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

Medicare está al tanto de que puede haber problemas con la tramitación de algunas solicitudes de desafiliación, y está trabajando para corregirlos. Voy a reenviar su información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Una vez que hayamos actualizado en nuestro sistema la información sobre su desafiliación (lo cual tardará unos 15 días laborables), su proveedor deberá volver a enviar la reclamación a Medicare para que la tramiten. Lamento mucho si esto le ha ocasionado molestias.

****CSR NOTE:** Complete the MA Disenrollment Log**

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****In the Enrollment Compare tab, check the MA PDP Enrollment, Medicare Advantage CWF System, and Medicare Advantage Data Repository applets. When you return to this script, click Shortcut H at the top.****

MA PDP Enrollment	Medicare Advantage CWF System	Medicare Advantage Data Repository	Action
Disenrollment dates match date on letter			Click here
Disenrollment dates are same but do not match date on letter			Click here

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****CSR NOTE:** Complete PDP Plan Referral Complaint form requesting a retroactive disenrollment using "MA-RD." In the Comment section, note that the caller says a confirmation letter has been received.**

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

Nuestra base de datos muestra una fecha de desafiliación de [insert date]. Por favor llame a su plan para verificar su fecha de desafiliación.

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****In the Enrollment Compare tab, check the MA PDP Enrollment, Medicare Advantage CWF System, and Medicare Advantage Data Repository applets. When you return to this script, click Shortcut I at the top.****

MA PDP Enrollment	Medicare Advantage CWF System	Medicare Advantage Data Repository	Action
Disenrollment date is the same			Click here
Disenrollment dates are not consistent			Click here
Disenrollment date shown	No disenrollment date shown	No disenrollment date shown	Click here
Disenrollment date is the same		No disenrollment date shown	Click here
Disenrollment date shown	No disenrollment date	Disenrollment date shown	Click here
No disenrollment date	No disenrollment date	No disenrollment date	Click here
No plan is listed	Plan is listed	Plan is listed	Click here
Plan listed (no date)	No plan is listed	No plan is listed	Click here
No plan is listed	No plan is listed	No plan is listed	Click here

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

¿Le están negando cuidado de emergencia porque los archivos de su proveedor muestran que usted sigue inscrito en un Plan Medicare Advantage?

YES

NO

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****In the Enrollment Compare tab, check the MA PDP Enrollment, Medicare Advantage CWF System, and Medicare Advantage Data Repository applets. When you return to this script, click Shortcut J at the top.****

MA PDP Enrollment	Medicare Advantage CWF System	Medicare Advantage Data Repository	Action
Disenrollment date is the same			Click here
Disenrollment dates are not consistent			Click here
Disenrollment date shown	No disenrollment date shown	No disenrollment date shown	Click here
Disenrollment date is the same		No disenrollment date shown	Click here
Disenrollment date shown	No disenrollment date	Disenrollment date shown	Click here
No disenrollment date	No disenrollment date	No disenrollment date	Click here
No plan is listed	Plan is listed	Plan is listed	Click here
Plan listed (no date)	No plan is listed	No plan is listed	Click here
No plan is listed	No plan is listed	No plan is listed	Click here

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****CSR NOTE:** Complete PDP Plan Referral Complaint form requesting a retroactive disenrollment using "MA-RD."******

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

¿Recibió una carta donde se confirmaba su desafiliación?

YES

NO

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

¿Cuál es la fecha de su carta? ¿Es correcta?

YES

NO

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****In the Enrollment Compare tab, check the MA PDP Enrollment, Medicare Advantage CWF System, and Medicare Advantage Data Repository applets. When you return to this script, click Shortcut K at the top.****

MA PDP Enrollment	Medicare Advantage CWF System	Medicare Advantage Data Repository	Action
Disenrollment dates match date on letter			Click here

Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage			Click here
Disenrollment dates do not match date on letter			Click here
Disenrollment date matches letter	No disenrollment date or date doesn't match letter	No disenrollment date or date doesn't match letter	Click here
Disenrollment date matches letter		No disenrollment date or date doesn't match letter	Click here
No disenrollment date	No disenrollment date	No disenrollment date	Click here
No plan is listed	Plan is listed	Plan is listed	Click here
Plan listed (no date)	No plan is listed	No plan is listed	Click here
No plan is listed	No plan is listed	No plan is listed	Click here

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****In the Enrollment Compare tab, check the MA PDP Enrollment, Medicare Advantage CWF System, and Medicare Advantage Data Repository applets. When you return to this script, click Shortcut L at the top.****

MA PDP Enrollment	Medicare Advantage CWF System	Medicare Advantage Data Repository	Action
Disenrollment dates match date on letter			Click here
Disenrollment dates are same but do not match date on letter			Click here

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

****Review Activities tab to verify when disenrollment was requested.***

- **If disenrollment effective date is the first of the month following the disenrollment request:**

READ: Según nuestros datos, usted solicitó la desafiliación el [insert date], y por lo tanto, la fecha efectiva es correcta.

◀ **If disenrollment effective date is later than the first of the month following the disenrollment request date:**

****CSR NOTE: Complete PDP Plan Referral Complaint form requesting a retroactive disenrollment using "MA-RD."****

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

READ: Nuestra base de datos muestra que su desafiliación fue efectiva el [insert date]. Yo puedo mandarle una carta confirmando su fecha de desafiliación, y usted la recibirá en 7 a 10 días laborables. Por favor pídale a su proveedor que vuelva a enviar la reclamación.

****CSR NOTE:** Complete Duplicate Letter Request Email Template. ******

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

****In the Enrollment Compare tab, check the MA PDP Enrollment, Medicare Advantage CWF System, and Medicare Advantage Data Repository applets. When you return to this script, click Shortcut M at the top.****

MA PDP Enrollment	Medicare Advantage CWF System	Medicare Advantage Data Repository	Action
Disenrollment date is the same			Click here
Disenrollment dates are not consistent			Click here
Disenrollment date shown	No disenrollment date shown	No disenrollment date shown	Click here
Disenrollment date is the same		No disenrollment date shown	Click here
Disenrollment date shown	No disenrollment date	Disenrollment date shown	Click here
No disenrollment date	No disenrollment date	No disenrollment date	Click here
No plan is listed	Plan is listed	Plan is listed	Click here

Enrollment	Disenrollment Period	Drug Coverage and Medicare Advantage	
No plan is listed	No plan is listed	No plan is listed	Click here
No plan is listed	No plan is listed	No plan is listed	Click here

[TOP](#) [BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#)

[BACK](#)

****Check Activities tab to verify date disenrollment was requested.**

- **If more than 15 business days:**

****CSR NOTE:** Complete PDP Plan Referral Complaint form requesting a retroactive disenrollment using "MA-RD."******

- **If less than 15 business days:**

READ: Por favor espere hasta 15 días laborables para que se tramite su solicitud de desafiliación. Una vez que se haya tramitado, usted recibirá una carta confirmando su solicitud de desafiliación o indicando por qué fue negada.

- **If nothing is in Activities:**

READ: Por favor comuníquese con su plan para averiguar el estado de su desafiliación.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Si usted se inscribe en un plan, cambia de plan o se da de baja de un plan, pero cambia de idea **antes de que el cambio tenga efecto**, debe llamar a su plan para cancelar la solicitud de inscripción o de desafiliación. Si corresponde, usted también debe comunicarse con el plan en el que desea quedarse. Una vez que su plan se haga efectivo, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción (especial o anual) para hacer cambios en su cobertura.

****If the caller wants us to try to cancel the disenrollment, transfer to a Tier II.****

Tier I CSRs:

Lo transferiré a un Especialista de Beneficios de Medicare que podrá ayudarle con la cancelación de su cobertura. Quizás le pidan que repita cierta información personal. Voy a transferir su llamada en este momento. Por favor no cuelgue. Puede haber unos minutos de silencio mientras el Especialista de Beneficios de Medicare contesta su llamada.

Tier II CSRs:

[CLICK HERE](#) for the cancellation process

Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage

[TOP](#)

[BACK](#)

****This section is only for Tier IIs.****

[TOP](#) [BACK](#)

READ:

Voy a consultar nuestro sistema para ver si puedo cancelar su desafiliación. Si su cancelación no está pendiente en el sistema, tendrá que llamar al plan y cancelar su pedido de desafiliación. Una vez que se haga efectiva la cancelación de la cobertura de su plan, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción (especial o anual) para hacer cualquier cambio a su cobertura.

****CSR NOTE:** Use the MA PDP Disenrollment view and highlight the record to be cancelled to verify that it is Pending. If it is Pending, click the Cancel Request button. If it is not pending, refer the caller to the plan to have the disenrollment cancelled.**

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****Use the script "Plan Enrollment Reconciliation."****

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

****If the caller's record has an Employer Subsidy through West Virginia Public Employees that ended on 6/30/2007 AND/OR an enrollment into Advantra Freedom offered by Coventry (H5227, PBP 802) with an effective date of 7/1/2007, [CLICK HERE](#).****

Otherwise, continue with the information below.

DO NOT READ THE FOLLOWING TO THE CALLER

Some examples that would be considered misleading or incorrect information include:

- Statements that indicate or suggest that the plan is accepted by all providers in the area who accept Medicare.
- Statements that describe the product as a Medigap policy or "Med Supp" plan that supplements Medicare.
- Statements to potential enrollees that indicate or suggest that they can switch back to their other plan or Original Medicare "at any time" or outside of existing enrollment periods.
- Other misleading or incorrect statements made by plan employees, agents, or brokers or in plan materials that are designed to entice beneficiaries to enroll in the plan.

Some examples that would not be considered to be incorrect or misleading information:

- The beneficiary wants to disenroll from the plan, without any specific allegation about misleading or incorrect information.
- The beneficiary uses a provider (or group of providers) who previously participated in the plan but no longer does so, assuming that access to services still exists.

****CSR NOTE:** There is no time restriction on this SEP. Regardless of how long ago the beneficiary feels that he or she was misled, you can still make the change that the caller is requesting.**

Does the caller qualify for the SEP based on the information listed above?

YES	NO / NOT SURE
---------------------	-------------------------------

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#) [BACK](#)

****CSR NOTE:** Do not enroll the caller into another plan or process a disenrollment without first using the script, "Drug Coverage West Virginia Coventry Advantra Freedom PFFS H5227."**

[TOP](#) [BACK](#)

[TOP](#)[BACK](#)**READ:**

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda cambiar o darse de baja del plan porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Le puedo ayudar hacer el cambio que usted esta solicitando hoy. Será efectivo el primer día del mes próximo. Recibirá información del plan entre los próximos 14 días.

****CSR NOTE:** In order to process the caller's request, you will need to do one of the following. If the caller is in a PFFS Plan or Cost Plan and a stand-alone PDP is involved in the switch, you may need to do both.**

1. Submit an enrollment request using the OEC. Insert the phrase "1-800-Medicare Marketing Misrepresentation SEP" into the "For CMS Use Only" comment box. Enter the OEC confirmation number into NGD.
****If the "Enroll Now" button is not available for the plan the beneficiary wants because the plan is not participating in the online enrollment, [CLICK HERE](#).****
2. Transfer to a Tier II to process the disenrollment, if applicable. **If you enrolled the caller into a plan, enter the plan name and contract number into the CSR Comments field in NGD.**
****Tier II ONLY: [CLICK HERE for the disenrollment process](#). If the caller wants a retroactive change, return to this section of the script after processing the disenrollment (and see below for instructions). You should NOT submit a retroactive disenrollment, which is called an MA-RD (MA RETRO DISENROLLMENTS).****

****CSR NOTE: If the caller requests a retroactive change, warm transfer to the Help Queue and explain that the caller qualifies for the MA marketing misrepresentation SEP and is requesting a retroactive change. The Help Queue will submit this as an **Enrollment Exception (EE)** by using the script in the PDP Plan Referral Survey.**

- If you submitted an enrollment, provide the plan name and contract number to the Help Queue.
- If you processed a disenrollment, explain to Help Queue all actions that were taken

End of the call, including any enrollments or disenrollments (including any actions taken by another CSR).

- The **Help Queue agent** needs to enter the "Bypass" Code and NOT the contract number into the Complaint Contract Number field. Help Queue should follow the "Plan Complaints" script in the PDP Plan Referral Survey for additional instructions regarding this EE.

TIP BOX:

TRANSFER = Tier II (Medicare Benefits Specialist)

TIP = There is no time restriction on this SEP. Regardless of how long ago the beneficiary feels that he or she was misled, you can still make the change that the caller is requesting.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE:** Call the Help Queue. You should remain in queue until an actual agent is reached. DO NOT perform a blind transfer. Tell the Help Queue that you are transferring the call because you do not think this qualifies or you are not sure if this qualifies for the SEP reason that says:

"You were **misled into joining a Medicare Advantage Plan** (with or without drug coverage) when you thought you were joining a different type of plan. You want to disenroll or switch to the plan you originally wanted."

The Help Queue agent will take ownership of the call.

TIP BOX:

TRANSFER = Help Queue

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****If the "Enroll Now" button is not available for the beneficiary's plan of choice, READ:** El plan en que usted desea inscribirse no participa en el programa de inscripción por Internet. Transferiré su llamada a otro representante de servicio al cliente, quien le pedirá información para poder presentar su solicitud de inscripción en el plan. Por favor permanezca en la línea mientras transfiero su llamada.

****CSR NOTE:** Warm transfer to Help Queue to file an "Enrollment Exception" (EE). Explain that you used the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage." **You must provide the following information to the Help Queue:**

"The beneficiary wants to enroll into [PLAN NAME], which is [CONTRACT NUMBER]. However, the plan does not participate in online enrollment in the CSR Plan Finder Tool."

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Use the script "America's Health Choice Plan Terminations" if the caller is affected by the termination of America's Health Choice Plan H1034 or S9086.

[TOP](#)

[BACK](#)

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas es su decisión. Si no se inscribe, no perderá la Parte A ni la Parte B de Medicare.</p> <p>Si desea obtener la cobertura de Medicare para recetas médicas, debe inscribirse en uno de los planes disponibles en su área durante el período de inscripción. Puede inscribirse en un plan que solamente cubre recetas médicas, o en un Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas que también cubrirá su atención médica y del hospital.</p> <p>Para inscribirse en un plan de medicamentos, debe tener la Parte A y/o B de Medicare, y vivir en el área de servicio del plan. Esto quiere decir que usted no puede inscribirse en un plan de recetas médicas si no vive en los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>Antes de inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, debe comparar los costos, las farmacias que participan en la red del plan y los medicamentos que están cubiertos. De esta manera, podrá escoger un plan que responda a sus necesidades.</p> <p>Se quedará en el mismo plan para recetas médicas hasta que se cambie o se dé de baja. Durante el período de elección anual, debe comparar sus opciones de plan incluso si no está pensando en cambiar de plan.</p> <p>Si usted se inscribe en un plan, cambia de plan, o se da de baja de un plan, pero cambia de idea antes de que la nueva situación entre en vigencia, debe llamar a su plan para cancelar la solicitud de inscripción o de desafiliación. Si corresponde, usted también debe comunicarse con el plan en el que desea quedarse. Una vez que su plan entre en vigor, usted deberá esperar hasta el próximo período de inscripción disponible, si desea hacer cambios en su cobertura. El último plan en el que se inscriba será el plan que sea vigente. (Por ejemplo, si usted trata de inscribirse en dos planes en un mismo mes, el último de los dos tendrá vigencia.)</p> <p>Usted se puede inscribir:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Permiéndome ayudarle a enviar su solicitud de inscripción. (No todos los planes me permiten hacerlo.)2. Visitando www.medicare.gov, y usando el centro de inscripción en línea. (No todos los planes ofrecen inscripción a través de medicare.gov.)3. Comunicándose con el plan de recetas médicas para pedir un formulario de inscripción impreso, y enviándolo luego por correo o fax a la compañía. Tal vez también pueda inscribirse por teléfono o en el sitio Web del plan. (No todos los planes ofrecen inscripción por teléfono.)4. Mediante el proceso de inscripción de Grupo. Su empleador le puede inscribir en un plan de salud de grupo o en uno patrocinado por un sindicato. <p>Si envía por correo una solicitud impresa durante:</p> <ol style="list-style-type: none">1. el período de elección anual, el plan de recetas médicas debe recibirla para el 31 de diciembre para que la cobertura entra en vigencia el 1.º de enero. Si usted no cumple con esta fecha límite, tendrá que esperar hasta el próximo período de elección anual, a menos que reúna los requisitos para utilizar un período de inscripción especial.2. un período de inscripción especial, el plan de recetas médicas debe recibir la solicitud antes de fin de mes para que la cobertura entra en vigencia el primer día del siguiente mes.3. un período de inscripción inicial:	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Una vez que su plan reciba su solicitud, le enviarán una carta confirmando que la recibieron. Usted puede presentar esta carta en la farmacia como comprobante de inscripción para obtener sus recetas. Si no recibió esta carta, puede presentar la carta de bienvenida del plan.</p> <p>Los planes no tienen que esperar la confirmación de Medicare para tramitar una solicitud de inscripción. Si su plan de medicamentos se niega a tramitar la solicitud hasta escuchar algo de Medicare, usted debe llamar al plan y pedir una carta de confirmación para que pueda obtener sus medicamentos recetados.</p> <p>Si no recibió NINGÚN material de su plan, quizás tenga que pagar la receta directamente de su bolsillo. Debe guardar los recibos y trabajar con su plan para que le reembolsen los gastos.</p> <p>Si reúne los requisitos para obtener la ayuda adicional, también debe llevar cualquiera de los siguientes comprobantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• una copia de la carta de inscripción automática en papel amarillo o verde• la tarjeta de Medicaid• una carta de aprobación de la Administración del Seguro Social• cualquier otro comprobante de que puede recibir la ayuda adicional <p>Asegúrese de guardar estos materiales para su archivo.</p>	
<p>Tips: REFERRAL = Medicare drug plan SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Plan Unknown SCRIPT = Drug Coverage LIS Plan Unknown SCRIPT = CS Medicare.gov Tools SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage</p>	

- el plan de recetas médicas debe recibir la solicitud antes de que usted tenga derecho a Medicare, para que la cobertura pueda entrar en vigencia el mismo día en que lo hace Medicare O
- después que usted tiene derecho a Medicare, el plan debe recibir la solicitud antes de fin de mes para que la cobertura entra en vigencia el primer día del siguiente mes.

La solicitud puede tardar hasta 30 días en tramitarse. Por eso, **conviene inscribirse al principio del período de inscripción para asegurarse de recibir sus materiales antes de que la cobertura comience.** (Estos materiales incluyen su tarjeta de afiliación, la carta de confirmación y el paquete de bienvenida.) Si no ha escuchado nada de su plan después de 30 días, por favor llame al plan para saber el estado de su solicitud. Tenga en cuenta que si usted se está inscribiendo durante el período de elección anual, la fecha efectiva será el 1.ro de enero.

Si cierta información requerida en el formulario de inscripción está incompleta o no coincide con los archivos de Medicare, el plan puede comunicarse con usted para obtener la información correcta o lo que falta. Esto podría retrasar la capacidad del plan para tramitar su inscripción. Si usted no aporta la información necesaria en un plazo de 15 días o para el final del período de inscripción (lo que sea primero), le negarán la inscripción.

****For drug plans only - Don't read to a beneficiary****

If a drug plan calls and wants to know why they can't see a beneficiary's enrollment, READ:
Please contact your Enrollment Services division so that they can update the files.

Tips:

TIP = You and your spouse have to join a Medicare drug plan separately.

SCRIPT = Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment How to Enroll, if the caller has Medicaid, gets help from the state to pay for their premiums, has SSI, or has applied and been approved for the extra help

SCRIPT = Drug Coverage Medicare Advantage, if the caller has questions regarding Medicare Advantage Prescription Drug Plans

SCRIPT = CS Medicare.gov Tools

SCRIPT = Drug Coverage Formulary and Pharmacy Information

SCRIPT = Drug Coverage New Enrollment No Membership Card

SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Casi todas sus recetas médicas están ahora cubiertas por un plan de Medicare para recetas médicas en lugar de Medicaid. Medicaid seguirá pagando sus otros gastos médicos. Si tiene Medicare y Medicaid y aún no se ha inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas, Medicare escogerá un plan para usted. Es muy importante que vea si el plan en el que le inscribió Medicare cubre los medicamentos que usted usa. También debe verificar si puede ir a las farmacias que usted prefiere. Recuerde que la cobertura de medicamentos varía de acuerdo al plan. Si el plan que Medicare le escogió no responde a sus necesidades, puede cambiarse de plan. La persona que llama tiene Medicare y se vuelve elegible para Medicaid: Medicare le inscribirá en un plan para medicamentos que comenzará el primer día del mes después de que comenzó su cobertura de Medicaid . Usted puede cambiarse de plan en cualquier momento. La persona que llama tiene Medicaid y se vuelve elegible para Medicare: Medicare le inscribirá en un plan para medicamentos, que comenzará el primer día del mes en que comenzó su cobertura de Medicare . Usted puede cambiarse de plan en cualquier momento. Si califica para la ayuda adicional en forma retroactiva (por ejemplo, una aprobación retroactiva para recibir los beneficios completos de Medicaid), usted califica para que le reembolsen las primas y los costos compartidos siempre que haya estado en un plan durante ese tiempo. Contacte al plan para averiguar cómo obtener el reembolso. La persona que llama recibe Medicaid a través de obligación de pago ("spend down"): Si usted califica para Medicaid como resultado de llegar al límite de obligación de pago ("spend down") de su estado, automáticamente recibirá ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas. Medicare le enviará un aviso con una explicación sobre esto. Una vez que califique para la ayuda adicional, seguirá siendo elegible durante el resto del año calendario. La persona que llama pregunta por qué ahora tiene que hacer un copago si no lo hacía bajo Medicaid: La cobertura de medicamentos de Medicare un estándar nacional. Medicaid varía de estado a estado y puede ser afectado por los presupuestos estatales. Esto significa que algunos estados podrían limitar sus costos compartidos y algunos estados podrían reducir o limitar su cobertura para medicamentos. Medicare tiene las mismas reglas para todos los planes del país. Tips: TIP = The wrap-around prescription drug program for New York Medicaid ended on December 31, 2006. Please contact the State Medicaid Office for more information. REFERRAL = State Medicaid Office, if caller <ul style="list-style-type: none">• is unsure whether they have Medicaid.• states they have Medicaid, but NGD doesn't show deemed status. SCRIPT = Drug Coverage LIS Plan Unknown, if beneficiary wants to join a plan now, has Medicaid and NGD does not show deemed status. TIP = If caller lost or never got the auto-enrollment letter, you can tell them what plan they are in by going to the MA PDP tab in the Beneficiaries screen. SCRIPT = Drug Coverage Plan Mailings LIS Mailings [Extra Help Mailing], if caller lost or never got the auto-enrollment letter and wants another copy. SCRIPT = Drug Coverage Cost Information SCRIPT = CS Long Term Care LTC, if caller lives in a LTC facility, assisted living facility, or some other type of nursing home. REFERENCE MATERIAL = State Medicaid Offices Covering Excluded Drugs, if caller wants information on drugs excluded from Medicare coverage that may be covered by Medicaid. REFERENCE MATERIAL = "State Part D Copayment for Full Dual Eligibles" for a list of states that are providing co-payment assistance to Full Benefit Dual Eligibles. REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Medicaid Spend Down	

Drug Coverage and Other Coverage **(Spanish)**

START » **CSR NOTE: Use this script if the caller wants to know how his or her other coverage will work with the Medicare drug coverage.**

¿Qué tipo de cobertura tiene?

CHAMPVA	Veterans Benefits Administration
TRICARE	Federal Employee Health Benefits (FEHB)
Employer/Union - Creditable Coverage Information	Employer/Union - General Information Retiree Drug Subsidy
Employer/Union - Extra Help (LIS)	Supplemental Health Insurance (not Medigap)
Medigap	State Pharmacy Assistance Program (SPAP)
Pharmaceutical Manufacturer Patient Assistance Program (PAP)	Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)
Indian Health Services	Non-Medicare Drug Discount Card
Other Retail Pharmacy Discount (Wal-Mart, K-Mart, Target, etc.)	

Drug Coverage CHAMPVA (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

La decisión de inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas le corresponde a usted. No está obligado a inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas; la inscripción es opcional. Si tiene el Programa de Atención Médica para Civiles (CHAMPVA) y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, Medicare será el pagador primario y CHAMPVA el secundario. Esto significa que Medicare pagará primero y CHAMPVA reembolsará su copago hasta el 75% de la cantidad autorizada por CHAMPVA para los medicamentos cubiertos. Usted será el responsable de pagar los costos que no estén cubiertos por ninguno de estos programas.

La cobertura que ofrece CHAMPVA para recetas médicas se considera acreditable, lo que quiere decir que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare. Esto significa que si usted decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de reunir los requisitos de participación por primera vez, no tendrá que pagar ninguna multa por inscribirse tarde. Usted debe inscribirse durante un período de inscripción válido.

Si tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda reunir los requisitos y recibir ayuda complementaria para pagar los costos de su plan de Medicare para recetas médicas. Si piensa que reúne los requisitos, debería solicitar la ayuda complementaria e inscribirse en uno de estos planes de Medicare. Puede quedarse también con su cobertura de CHAMPVA como pagador secundario.

Si está inscrito en el programa Meds by Mail de CHAMPVA y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, **ya no podrá participar en el programa Meds by Mail**. Esto se debe a que el programa Meds by Mail va dirigido sólo a aquellos que no tengan otro tipo de cobertura de medicamentos.

Para más información, puede llamar a CHAMPVA al 1-800-733-8387 o visitar www.va.gov/hac en la Internet.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = CHAMPVA at 1-800-733-8387 or www.va.gov/hac
SCRIPT = MP CHAMPVA

[TOP](#)

[BACK](#)

Non-Medicare Drug Discount Card (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

Usted puede usar una tarjeta de descuento u otro descuento de la farmacia durante el tiempo en que aún no ha terminado de pagar su deducible, o mientras se encuentre en el período sin cobertura. En algunos casos, una farmacia de la red podría aceptar una tarjeta de descuento u ofrecerle otro tipo de descuento de precio, de manera que usted pueda pagar menos por una receta que el precio negociado por su plan. Éste se considera un precio único "de ahorro" o precio especial. Si obtiene algún tipo de descuento con el cual pague menos que el precio de su plan, tendrá que enviar su recibo a su plan de Medicare para recetas médicas. Esto garantizará que su plan, a la hora de calcular los gastos directos de bolsillo, tenga en cuenta la cantidad que usted pagó.

Example (One-time "lower cash" or special price):

Pongamos que usted se encuentra en el período de falta de cobertura, o sea que tiene que pagar el monto total de su receta. El plan generalmente le cobra \$100 (o sea, el precio negociado) por el medicamento que necesita. Sin embargo, si usted usa una tarjeta de descuento, podría conseguirlo por \$95. Si usa la tarjeta de su plan de Medicare para recetas médicas, pagará \$100. Si en lugar de esa tarjeta usa la tarjeta de ahorros de la farmacia, pagará \$95. Usted puede aprovechar ese precio más bajo y luego enviar su recibo al plan de recetas médicas. Su plan tendrá en cuenta los \$95 al calcular el total de los gastos directos de bolsillo y el total de gastos en medicamentos bajo el plan.

If the caller says that his or her pharmacy (for example, Wal-Mart, K-Mart, Target) is offering extra discounts, [click here](#).

[TOP](#)[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = Medicare drug plan

TIP = These programs and/or cards **will not** affect your Medicare coverage.

[TOP](#)

[BACK](#)

Retail Pharmacy Discounts **(Spanish)**

[TOP](#)

[BACK](#)

Si usted se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, tendrá acceso a una lista muy amplia de medicamentos recetados, a precios de descuento. Sin embargo, aún podrá aprovechar los programas disponibles en las farmacias de ventas al por menor (por ejemplo, en Wal-Mart, Target, K-Mart y otros programas de ventas al por menor que cubren determinados medicamentos genéricos por \$4, etc.).

Por ejemplo, si usted tiene un plan de Medicare para recetas médicas que le cobra un coseguro de 25% y usa la farmacia de Wal-Mart, pagará solamente \$1 (25% de \$4) por los

medicamentos genéricos que cubre el programa de Wal-Mart. Usted tendrá que pagar \$4 por esos medicamentos si aún no ha terminado de pagar su deducible o si se encuentra en el período sin cobertura (en la mayoría de los casos).

Es importante tener en cuenta que los programas de las farmacias de ventas al por menor no cubren todos los medicamentos genéricos ni cubren, típicamente, los medicamentos de marca comercial, muchos de los cuales no tienen equivalentes genéricos. Además, mientras que con la cobertura de medicamentos de Medicare usted tiene la opción de obtener sus medicinas en muchas farmacias o de pedir las por correo, los programas de estas farmacias generalmente son sólo para productos genéricos cubiertos que se compran en la misma farmacia (y que no se pueden pedir por correo a través de su plan de Medicare para recetas médicas).

Inscribiéndose en un plan de Medicare para recetas médicas usted tendrá acceso a una lista más amplia de medicamentos recetados a precios de descuento, en caso de que necesite un medicamento no incluido en la lista limitada de medicamentos genéricos con descuento especial ofrecidos en una farmacia de ventas al por menor. Usted aún podrá aprovechar los descuentos en determinados medicamentos genéricos comprados en estas farmacias que ofrecen estos precios especiales, pero también gozará de una cobertura más amplia.

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:**

REFERRAL = Medicare drug plan

REFERRAL = Retail pharmacy, if the caller has questions about the program

TIP = These programs and/or cards **will not** affect your Medicare coverage.

TIP = Keep in mind that if you disenroll from your Medicare drug plan and decide to enroll later, you will have to pay a penalty for the time that you were not covered by a creditable drug plan. The \$4 generic drug program is not considered to be creditable coverage.

[TOP](#)[BACK](#)

Employer/Union - General Information (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

*****Spanish is pending translation.*****

Su actual o antiguo empleador o sindicato debió haberle enviado información explicándole cómo se compara su actual cobertura con la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. You may have received this information by mail, in a letter or newsletter, or by email. Esta información es importante porque podría influir en la decisión que usted debe tomar sobre si va a inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas. No tome ninguna decisión hasta que haya revisado esta información. Si no recibió información de su empleador o sindicato, debe comunicarse con ellos o con el administrador de beneficios de su seguro actual. The same rules apply if you are covered under someone else's current or former employer or union insurance (for example, a spouse's or parent's).

Su actual o antiguo empleador o sindicato debe enviarle esta información:

1. Antes del 15 de noviembre de cada año.
2. Antes del período de inscripción inicial para Medicare.
3. Si ya tiene Medicare y se inscribe en un plan del empleador o sindicato
4. Si su empleador o sindicato terminan (p ponen fin a) la cobertura para medicamentos que ofrecen.
5. Si la cobertura para medicamentos ofrecida por el empleador o sindicato cambia de tal manera que ya no es tan buena o se vuelve tan buena como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas.
6. Cuando usted lo solicite.

Subsidio de Medicamentos para Jubilados (RDS por sus siglas en inglés)

Medicare ofrece ayuda a empleadores y sindicatos para que sigan brindando cobertura

para recetas médicas de alta calidad. Si usted figura en la lista que permite a su empleador o sindicato obtener el subsidio de medicamentos para jubilados, debe hablar primero con su administrador de beneficios antes de hacer algún cambio a su cobertura actual. Si trata de inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, su administrador de beneficios o el plan de Medicare para recetas médicas podría comunicarse con usted para confirmar lo que escogió.

Si usted figura en la lista que permite a su empleador obtener el subsidio de medicamentos para jubilados, tal vez no pueda tener a la vez la cobertura de recetas médicas de Medicare y la cobertura de medicamentos ofrecida por su empleador o por su plan para jubilados. If your employer is claiming you for retiree drug subsidy, you will NOT be auto-enrolled in a Medicare drug plan. Su empleador es responsable de explicarle cómo su propia cobertura funciona en combinación con la cobertura de Medicare.

Cada año, su antiguo empleador o sindicato puede decidir si desea continuar ofreciendo cobertura de medicamentos para jubilados. Ellos le notificarán si hay cambios en la cobertura. Usted debe comunicarse con su antiguo empleador o sindicato si tiene preguntas.

If the caller states that his or her enrollment was denied because he or she has (or the plan believes he or she has) prescription drug coverage from a former employer or union, READ:

Si tiene cobertura de medicamentos de su antiguo empleador o sindicato y se inscribe en un plan de Medicare de recetas médicas, puede que el plan se comunique con usted. El plan debe constatar que usted desea inscribirse y debe explicarle que tal vez pierda su cobertura de empleador (tanto la de salud como la de medicamentos). Si usted le indica que aún desea inscribirse, el plan Medicare de recetas médicas no puede negarle la inscripción. Sin embargo, no se puede tramitar la inscripción hasta que el plan verifique que usted comprende que puede perder su cobertura de empleado y que aun así desea inscribirse en el plan de medicamentos recetados. El plan presentará la "Retiree Drug Subsidy (RDS) override" mediante la cual le avisa a Medicare que usted desea inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas. Antes de hacer cualquier cambio a su cobertura le conviene comunicarse con el plan que tiene a través de su empleador.

Si usted piensa que la información es incorrecta (por ejemplo: usted no tiene cobertura de medicamentos de su antiguo empleador o sindicato), debe:

1. Comunicarse con el plan de Medicare de recetas médicas para confirmarles que desea inscribirse en el plan. El plan presentará la "Retiree Drug Subsidy (RDS) override", mediante la cual le avisa a Medicare que usted desea inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas. El plan no necesita esperar hasta que se corrija la información sobre la cobertura de su antiguo empleador para tramitar su inscripción.
2. Comunicarse con su empleador o sindicato y pedirle que envíe la información corregida sobre su cobertura.

To see if an employer or union is claiming the caller for the retiree drug subsidy:

**Go to the MA PDP tab and check the Employer Subsidy Indicator. Make sure you review the dates of coverage for the retiree drug subsidy on the screen (for example, if the dates are in the past, the beneficiary is no longer being claimed for the retiree drug subsidy). If the beneficiary doesn't agree with the retiree drug subsidy information in the tab, refer them to

the former employer or union.**

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

TIP = Workers' compensation is not considered creditable coverage.

TIP = To see if an employer or union is claiming the caller for the retiree drug subsidy: Go to the MA PDP tab in NGD and check the Employer Subsidy Indicator.

REFERENCE MATERIAL = Employer Union Creditable Coverage
Model Language

REFERENCE MATERIAL = Employer Union Non-creditable Coverage
Model Language

SCRIPT = [Drug Coverage Employer Retiree Creditable Non-creditable](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Employer/Union - Extra Help (LIS) (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

Read if the caller has drug coverage through an employer or union and will also get the extra help:

Hable con su empleador o sindicato o con el administrador de beneficios del seguro de su empleador o sindicato. Puede que no necesite tener a la vez la cobertura del plan de Medicare para recetas médicas y su cobertura actual de medicamentos. Compare los costos de su cobertura actual y los que tendría con un plan de Medicare para recetas médicas más la ayuda complementaria. **Si deja su cobertura actual del empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarla.**

Si no se inscribió por su cuenta en un plan de Medicare para recetas médicas, puede que Medicare lo haya inscrito en un plan, incluso si usted también tiene cobertura de medicamentos a través de un plan de su empleador, un sindicato, TRICARE, la Administración de Beneficios para Veteranos (VA) o el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB).

- Si **no desea** que le inscriban en un plan de Medicare para recetas médicas, debe rechazar la cobertura de medicamentos de Medicare para evitar que se le inscriba automáticamente en otro plan.
- Si **desea** que le inscriban en un plan de Medicare para recetas médicas, tiene que averiguar cómo repercutirá en su cobertura actual. En algunos casos, las normas de

los empleadores o sindicatos indican que usted no puede tener **a la vez** el plan para recetas médicas de Medicare y el de su empleador o sindicato. **Podrían cancelar su cobertura actual que le cubre a usted y también a sus dependientes.** Es importante que hable con su empleador o sindicato o con el administrador de beneficios de su seguro actual antes de tomar una decisión.

Si usted tiene cobertura completa de Medicare, se le inscribirá automáticamente en un plan de Medicare para recetas médicas, aunque figure en la lista que permite a su empleador o sindicato obtener de Medicare el subsidio de medicamentos para jubilados. Si desea mantener la cobertura que ofrece su empleador, tendrá que rechazar la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Usted **no** será inscrito automáticamente en un plan de Medicare para recetas médicas, si usted figura en la lista que permite a su empleador o sindicato obtener de Medicare el subsidio de medicamentos para jubilados **y** uno de los siguientes es correcto:

- Usted recibe ayuda de su estado a pagar las primas de Medicare.
- Usted recibe los beneficios del Programa de Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, para sus siglas en inglés).
- Usted presentó una solicitud y le aprobaron para la ayuda complementaria para cobertura de medicinas recetadas.

Medicare ofrece este subsidio a los empleadores y sindicatos, para que sigan brindando cobertura de recetas médicas de alta calidad.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage, if the caller wants to decline the coverage (opt out).

SCRIPT = Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment How to Enroll

TIP = To see if an employer or union is claiming the caller for the retiree drug subsidy: Go to the MA PDP tab in NGD and check the Employer Subsidy Indicator.

TIP = Workers' compensation is not considered creditable coverage.

TRANSFER = Tier 2, if the caller wants to opt out.

[TOP](#)

[BACK](#)

Employer/Union - Creditable Coverage Information (Spanish)

[TOP](#)
[BACK](#)

Si la cobertura actual de su empleador o sindicato es acreditable, o sea, **es por lo menos tan buena** como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas (esto se llama cobertura acreditable de recetas médicas):

- Puede quedarse con la cobertura que tiene mientras la ofrezcan.
Y
- No tendrá que pagar ninguna multa si usted deja o pierde su cobertura. Si **pierde la cobertura involuntariamente**, debe inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas cuya fecha efectiva esté dentro de los 60 días de la fecha en que termina la cobertura. Si decide dejar la cobertura, debe inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas dentro de los tres meses de haber dejado la cobertura. Sin embargo, si usted no se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas y queda sin una cobertura que sea tan buena como la de Medicare, por un período de 63 días o más, tal vez tenga que pagar una multa cuando se inscriba.

Guarde la copia del aviso que indica que usted tiene cobertura acreditable. Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas después de reunir los requisitos de participación por primera vez, necesitará aportar la copia como prueba. Tal vez su plan se comunique con usted pidiendo más información. Ellos determinarán si usted ha tenido de forma continuacobertura acreditable de recetas médicas y enviarán esta información a Medicare.

Si la cobertura actual de su empleador o sindicato no es acreditable, o sea, si **no es por lo menos tan buena** como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas, tal vez pueda:

- Quedarse con el plan actual de medicamentos de su empleador o sindicato e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas que le ofrezca una cobertura más completa.
- Quedarse sólo con el plan actual de medicamentos de su empleador o sindicato. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de reunir los requisitos de participación por primera vez, tendrá que pagar una multa.
- Dejar su cobertura actual e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas o en un Plan Medicare Advantage con cobertura de recetas médicas.

Si deja la cobertura de su empleador o sindicato, **quizás no pueda** recuperarla. Tal vez tampoco pueda dejar la cobertura **de medicamentos** de su empleador o sindicato sin dejar también su cobertura **de salud**.

En algunos casos, las normas de los empleadores o sindicatos indican que usted no puede tener **a la vez**, un plan para recetas médicas de Medicare y el plan de su empleador o sindicato. Podrían cancelar su cobertura actual que le cubre a usted y **también** a sus dependientes.

Debe hablar con su empleador o sindicato o con el administrador de beneficios para

obtener información sobre todas sus opciones.

Si usted tiene cobertura COBRA, debe comunicarse con su antiguo empleador o sindicato o con el administrador de beneficios para averiguar si la cobertura es acreditable.

La indemnización por accidentes laborales no se considera cobertura acreditable.

*****Spanish is pending translation.***** **If the caller didn't receive a creditable coverage notice:**

If you did not receive a creditable coverage notice by mail, in a letter or newsletter, or by email, debe pedir por escrito a su empleador o sindicato una copia del aviso de cobertura acreditable. Debe hacerlo mediante correo certificado o registrado. Guarde una copia de la carta para su archivo.

****If the caller didn't get a response after the written request, send to Reference Center.**

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

TIP = The same rules apply if you are covered under someone else's current or former employer or union insurance (for example, a spouse's or parent's).

REFERENCE MATERIAL = Employer Union Creditable Coverage
Model Language

REFERENCE MATERIAL = Employer Union Non-creditable Coverage
Model Language

TIP = You may not be able to have both Medicare drug coverage and employer/retiree drug coverage if your employer is claiming you for the retiree drug subsidy. Your employer is responsible for telling you how their coverage works with Medicare.

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage Veterans VA (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

Si usted recibe beneficios de salud de la Administración de Beneficios para Veteranos (VA), su cobertura no cambiará. Si decide que la cobertura de medicamentos ofrecida por la VA responde a sus necesidades, puede optar por no inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Puede quedarse con su cobertura actual.

Casi siempre es mejor mantener la cobertura actual sin hacer ningún cambio. Una excepción a esta regla general ocurre cuando la persona reúne los criterios de selección para recibir la ayuda complementaria de Medicare. Usted podría verse beneficiado si solicita esta ayuda.

La cobertura de la VA para recetas médicas se considera acreditable, lo que quiere decir que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de reunir los requisitos de participación por primera vez, no tendrá que pagar ninguna multa por inscribirse tarde, siempre que se inscriba dentro de los 63 días de haber perdido involuntariamente su cobertura de la VA. Si no pierde su cobertura y quiere inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, debe esperar hasta el próximo período de inscripción válido. Usted no tendrá que pagar ninguna multa por inscribirse tarde.

Si tiene la cobertura de la VA y decide darse de baja de su plan de Medicare para recetas médicas, le darán un período de inscripción especial para hacerlo.

Comuníquese con su centro local de VA antes de hacer cualquier cambio en su cobertura de recetas médicas.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Dados los medicamentos recetados que necesita, usted puede optar por tener a la vez la cobertura para recetas médicas ofrecida por la VA como la de Medicare.

Si está pensando en inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas y tiene beneficios de VA, debe tener en cuenta:

- **Dónde vive**

Podría sacar provecho de la cobertura de Medicare para recetas médicas si está internado en un asilo de ancianos que no le permite usar la cobertura para medicamentos que tiene mediante la VA. También quizás quiera la cobertura de Medicare para recetas médicas si vive lejos de un centro de VA.

- **Dónde quiere comprar sus medicamentos**

En la mayoría de los casos, con la cobertura de VA para medicamentos, hay que comprar los medicamentos en una farmacia de VA o pedirlos por correo. Si usted prefiere comprar sus recetas de las farmacias locales, entonces quizás deba considerar un plan de Medicare para recetas médicas.

[TOP](#)[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = [Drug Coverage LIS Employer Retiree](#), if caller got an auto enrollment letter.

WEB = www.va.gov/healtheligibility

REFERRAL = VA Health Benefits Service Center: 1-877-222-8387

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply

SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

Drug Coverage TRICARE (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

Si usted tiene TRICARE, su cobertura no cambiará si tiene también un plan de Medicare para recetas médicas. Hay una excepción a esta regla: Usted no puede usar el programa de pedidos por correo de TRICARE, a menos que el medicamento no esté cubierto por su plan de recetas médicas de Medicare. Si decide que la cobertura de medicamentos ofrecida por TRICARE responde a sus necesidades, puede optar por no inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas y quedarse con su cobertura actual.

Casi siempre es mejor mantener la cobertura actual sin hacer ningún cambio. Una excepción a esta regla general ocurre cuando la persona reúne los criterios de selección para recibir la ayuda complementaria de Medicare. Usted podría verse beneficiado si solicita esta ayuda.

La cobertura de TRICARE para recetas médicas se considera acreditable, lo que quiere decir que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de reunir los requisitos de participación por primera vez, no tendrá que pagar ninguna multa por inscribirse tarde. Tiene que esperar hasta un período de inscripción válido, a menos que pierda involuntariamente su cobertura de TRICARE. Si pierde involuntariamente la cobertura de TRICARE, puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas dentro de los 63 días de haber perdido TRICARE, para evitar multas por inscripción tardía.

Si tiene la cobertura de TRICARE y decide darse de baja de su plan de Medicare para recetas médicas, puede hacerlo en cualquier momento. Su desafiliación será efectiva el primer día del mes después de su solicitud de darse de baja.

Si tiene cualquier pregunta sobre si reúne los requisitos para recibir los beneficios de farmacia de TRICARE, comuníquese con la oficina de apoyo para el Centro de Datos sobre Recursos Personal de Defensa (DMDC, por sus siglas en inglés) al 1-800-538-9552.

INFORMACIÓN ADICIONAL

A pesar de que puede tener a la vez el plan TRICARE y un plan de Medicare para recetas médicas, el plan de Medicare siempre pagará primero los medicamentos cubiertos por Medicare. Luego, el plan TRICARE pagará los medicamentos cubiertos por él. Para más información sobre los beneficios de farmacia de TRICARE, visite el sitio en Internet www.tricare.osd.mil/pharmacy, o llame al 1-877-363-6337.

****If the caller believes he or she is losing TRICARE because he or she was enrolled in a Medicare drug plan, READ:**

Usted sólo necesita rechazar la cobertura de recetas médicas de Medicare si fue inscrito en un plan por Medicare y no desea ninguna cobertura de medicamentos de Medicare. Si usted escogió por su cuenta un plan de Medicare para recetas médicas y ya no desea tenerlo, tendrá que darse de baja del plan. Sin embargo, si lo desea, usted puede tener el plan TRICARE y también un plan de medicamentos de Medicare.

****If the caller believes they are losing TRICARE because they were enrolled in a Medicare drug plan, READ:**

Al inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, usted no ha perdido ni cancelado su plan TRICARE. Sin embargo, como tiene cobertura de TRICARE y también del plan de medicamentos de Medicare, este último pagará primero, haciendo que TRICARE se convierta en pagador secundario. Si su farmacéutico verifica el estado de su seguro en su sistema, podrá ver que el plan de Medicare es el pagador primario y que el plan TRICARE es el pagador secundario de las reclamaciones de medicamentos. Si usted se da de baja del plan de Medicare para recetas médicas, el plan de recetas médicas de TRICARE volverá a ser el pagador primario.

****CSR NOTE:** If the caller wants to disenroll or opt out so that TRICARE is primary again, READ Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage.**

[TOP](#)[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = [Drug Coverage LIS Employer Retiree](#), if the caller got an auto enrollment letter.

REFERRAL = TRICARE: 1-888-363-5433

REFERRAL = To use the TRICARE Mail Order Program, call 1-866-363-8667 or for the TRICARE Retail Network Pharmacy Program, call 1-866-363-8779.

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage Federal FEHB (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

Si usted participa en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB), su cobertura no cambiará. Si decide que la cobertura de medicamentos ofrecida por ese programa responde a sus necesidades, puede optar por no inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Puede quedarse con su cobertura actual.

Casi siempre es mejor mantener la cobertura actual sin hacer ningún cambio. Una excepción a esta regla general ocurre cuando la persona reúne los criterios de selección para recibir la ayuda complementaria de Medicare. Usted podría verse beneficiado si solicita esta ayuda.

La cobertura para recetas médicas ofrecida por el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales se considera acreditable, lo que quiere decir que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de reunir los requisitos de participación por primera vez, no tendrá que pagar ninguna multa por inscribirse tarde, siempre que se inscriba dentro de los 63 días de haber perdido involuntariamente la cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales. Si decide dejar la cobertura, debe inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas dentro de los tres meses de haber dejado la cobertura. Sin embargo, si usted no se inscribe enseguida en un plan de medicamentos de Medicare y queda sin cobertura acreditable por un período de 63 días seguidos (o más), tal vez tenga que pagar una multa cuando se inscriba. Si usted **no pierde ni deja** su cobertura, y quiere inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, debe esperar hasta el próximo período de inscripción válido. Usted no tendrá que pagar ninguna multa por inscribirse tarde.

Comuníquese con su asegurador del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales antes de hacer cualquier cambio en su cobertura de recetas médicas.

[TOP](#)[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = [Drug Coverage LIS Employer Retiree](#), if the caller got an auto enrollment letter.

REFERRAL = Federal Employee Health Benefits (FEHB) insurer: 1-888-767-6738

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply

Drug Coverage Indian Health **(Spanish)**

[TOP](#)

[BACK](#)

****Use if the caller is an American Indian or an Alaska Native AND gets services from an Indian health program.**

Muchas farmacias del servicio de salud para indígenas ofrecen planes de Medicare para recetas médicas. Usted y su proveedor de servicios de salud para indígenas se

beneficiarán si escoge uno de estos planes. Usted continuará recibiendo sus medicamentos del modo en que lo hace actualmente. Sin embargo, su proveedor de servicios de salud para indígenas ahorrará dinero y tal vez pueda aumentar los servicios dirigidos a la comunidad, ya que Medicare le reembolsará a la farmacia los gastos por medicamentos.

Si desea averiguar cuáles planes de Medicare para recetas médicas colaboran con su farmacia, puede llamar a su farmacia. O, si lo prefiere, yo puedo ayudarle ahora.*

Podría recibir ayuda con el pago de las primas, coseguro y deducible de su plan de Medicare para recetas médicas:

- Cada Programa de Salud para Indígenas tiene normas diferentes. Comuníquese con su programa local.
- Tal vez reúna los requisitos para recibir la ayuda complementaria. Comuníquese con su proveedor de servicios de salud o con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés).

Si tiene Medicare y Medicaid, será inscrito automáticamente en un plan de Medicare para recetas médicas. Recibirá una carta indicándole el nombre del plan que Medicare escogió para usted. Debe llamar a su proveedor de servicios de salud para indígenas o a Medicare para asegurarse de que su proveedor participa en el plan de Medicare para recetas médicas. Si no participa, tendrá que escoger otro plan.

La cobertura de recetas médicas del Servicio de Salud para Indígenas y el Programa de Salud para Indígenas Tribales y Urbanos (I/T/U) es acreditable, o sea, **por lo menos tan buena como** la cobertura estándar de Medicare. Su proveedor de servicios de salud para indígenas le entregará un aviso indicándole que su cobertura es por lo menos tan buena como la de Medicare. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de reunir los requisitos de participación por primera vez, guarde este aviso y muéstreselo a su plan para evitar multas por inscripción tardía. Usted debe inscribirse durante un período de inscripción válido.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para escoger un plan, comuníquese con su proveedor local de servicios de salud para indígenas.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

*TIP = Access the PDPF tool and find a plan that contracts with the caller's network pharmacy.

SCRIPT = CS Medicare.gov Tools

TIP = **Also use this script if caller identifies themselves in the following way: Indian, Native American, Indian elder, Indian Health Service, Tribe, Tribal member, Tribal health, or by a specific Tribe.**

REFERRAL = The Indian Health Service (IHS) is a federal agency

under the Department of Health and Human Services that provides health care for American Indians and Alaska Natives. See Reference Materials document for contact information.

REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage - Indian Health Services Area Office Points of Contact

REFERRAL = SSA

SCRIPT = Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment How to Enroll, if the caller was automatically enrolled and wants more information on choosing another plan.

SCRIPT = Drug Coverage Overview

SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply

[TOP](#)

[BACK](#)

Medigap (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

Actualmente no se ofrecen pólizas Medigap con cobertura para recetas médicas. Sin embargo, usted quizás se haya inscrito anteriormente en una póliza Medigap que incluye cobertura de medicamentos.

¿Cubre su póliza Medigap las recetas médicas? (O sea, ¿tiene usted alguno de los planes estandarizados de Medigap H, I o J, o alguno de los que no son estandarizados que incluya cobertura de medicamentos?)

If YES, READ: Usted no puede tener a la vez la cobertura de medicamentos de una póliza Medigap y de un plan de Medicare para recetas médicas. En general, usted ahorrará dinero y obtendrá mejor cobertura con el nuevo plan de Medicare para recetas médicas. La cobertura de Medicare nunca se terminará, aunque sus gastos en medicamentos fueran altos.

Su plan Medigap debería haberle enviado información que le explica cómo su cobertura actual se compara con la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. No tome ninguna decisión hasta que lea esta información. Si no la recibió, debe llamar a su plan Medigap.

Si su plan Medigap le ha dicho que su cobertura actual es acreditable (o sea, que **es, en promedio, por lo menos tan buena** como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas):

- Puede quedarse con la cobertura que tiene mientras la ofrezca su plan Medigap.
Y
- No tendrá que pagar ninguna multa si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de reunir los requisitos de participación por primera vez. Deberá inscribirse durante un período de inscripción válido. Si vence su póliza de Medigap, deberá inscribirse en un plan de Medicare dentro de los 60 días de vencida su cobertura de Medigap.

Si la pérdida de su cobertura acreditable es **involuntaria**, usted puede inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas durante un período especial de inscripción.

Sin embargo, si **opta por darse de baja** de su póliza de Medigap y desea inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, tendrá que esperar hasta que se lleve a cabo un período de inscripción válido; o sea, no puede aprovechar los períodos especiales de inscripción.

Si su plan Medigap le ha dicho que su cobertura actual no es acreditable (o sea, que no **es, en promedio, por lo menos tan buena** como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas):

- Puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, durante un período de inscripción válido. Necesitará informarle a su plan Medigap para que se anule la cobertura de medicamentos de su póliza Medigap. Usted no podrá volver a recuperarla. Podrá cambiar a una póliza Medigap que no cubra recetas médicas.
○
- Puede optar por mantener la cobertura de Medigap para recetas médicas y por no inscribirse en uno de los planes de Medicare. Sin embargo, si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de reunir los requisitos de participación por primera vez, tendrá que esperar hasta el próximo período de elección anual y pagar una prima más alta.

If NO, READ: Usted podrá quedarse con su póliza Medigap y adquirir un plan de Medicare para recetas médicas.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = MP Mgp Medigap, if the caller wants to know how to join a Medigap plan or if he or she can still sign up for a Medigap plan that covers prescription drugs.

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage PACE (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

CSR NOTE: If caller asks about PACENET (for the state of Pennsylvania), this is a SPAP. Please [click here](#).

CSR NOTE: If caller lives in Pennsylvania and received a letter stating that he or she was being auto-enrolled by PACE or PACENET, [click here](#).

Si está inscrito en un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) y desea quedarse en su plan de PACE con cobertura de recetas médicas, no tiene que hacer nada para continuar recibiendo su cobertura para medicamentos a través de PACE, como lo está haciendo ahora. Su plan de PACE incluirá automáticamente la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si se inscribe **por separado** en un plan de Medicare para recetas médicas, será dado de baja de su plan de PACE. Recuerde que su programa de PACE no sólo le brinda cobertura de recetas médicas sino también todos los servicios médicos. Esto significa que si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas por separado, ya no recibirá otros servicios de atención médica de su plan de PACE.

Si actualmente está inscrito en un plan de PACE y quiere cambiar a un plan de Medicare para recetas médicas diferente, debe inscribirse en uno de estos planes dentro de los 63

días de la fecha en que se dio de baja de PACE si no quiere pagar una multa. Recuerde que si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas por separado, ya no recibirá otros servicios de salud de su plan de PACE. Deberá inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas durante un período de inscripción válido.

Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas y después decide inscribirse en PACE, puede darse de baja del plan de Medicare y cambiarse a un plan de PACE en cualquier momento, siempre y cuando usted reúna los requisitos de participación en el mismo.

Si permanece en su plan de PACE y **tiene Medicare pero no tiene Medicaid**, pagará una prima mensual separada por su cobertura de Medicare para recetas médicas, así como otra prima por todos los otros servicios que reciba a través de PACE. Si usted tiene ingresos y recursos económicos limitados, podría reunir los requisitos para recibir la ayuda complementaria que otorga el programa Medicare para ayudar a personas a pagar sus recetas médicas.

Si permanece en su plan de PACE y tiene **Medicare y Medicaid**, no tiene que hacer nada. Usted seguirá recibiendo sus medicamentos como lo hace hasta ahora, sin ningún gasto pagado directamente de su bolsillo. Puede recibir, sin trámite alguno, la ayuda complementaria de Medicare para pagar sus recetas médicas.

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:**

TIP = If you have questions about the Medicare prescription drug coverage or would like help completing an application for extra help paying for Medicare prescription drug coverage, talk to your social worker or any other staff person at your PACE organization.

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply

SCRIPT = Drug Coverage Cost Information

SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

[TOP](#)[BACK](#)

PACE/PACENET Auto Enrollment into Medicare Drug Plans **(Spanish)**

[TOP](#)

[BACK](#)

PACE ("Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly") y PACENET ("PACE Needs Enhancement Tier") están inscribiendo a sus miembros en planes de Medicare para recetas médicas. PACE y PACENET trabajarán estrechamente con Medicare para que usted pueda obtener la cobertura de los dos programas.

Estos programas combinados se llamarán "PACE Plus Medicare". Usted tendrá la misma cobertura que recibe ahora y, además, otros beneficios a través de la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si desea información sobre cómo funcionarán PACE y PACENET en combinación con la cobertura de medicamentos de Medicare, puede llamar al 1-800-225-7223.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERENCE MATERIAL = PACE and Medicare Drug Coverage
Assignment Letter

REFERENCE MATERIAL = PACENET and Medicare Drug Coverage
Assignment Letter

[TOP](#)

[BACK](#)

Pharmaceutical Manufacturer Patient Assistance Program (PAP) (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

Las compañías farmacéuticas pueden patrocinar Programas de Ayuda a Pacientes (PAP) que proporcionan asistencia para el pago de los medicamentos que ellas fabrican.

Los pagos que haga su Programa de Ayuda a Pacientes podrían o no contar para los gastos reales de su bolsillo (TrOOP). Eso depende de si el Programa de Ayuda a Pacientes trabaja **con** la cobertura de Medicare para recetas médicas o **fuera de** esta cobertura. Debe llamar a su Programa de Ayuda a Pacientes para averiguar cómo funcionará en combinación con los planes de Medicare para recetas médicas.

If the caller's PAP works outside the Medicare drug coverage:

Como el Programa de Ayuda a Pacientes trabaja fuera de la cobertura de Medicare para recetas médicas, cualquier medicamento que sea cubierto por el Programa de Ayuda a Pacientes no contará para el saldo de gastos reales de su bolsillo (TrOOP). Sin embargo, si

el Programa de Ayuda a Pacientes le cobra un pequeño copago, éste **puede** contar para los gastos reales de su bolsillo (TrOOP). Para que su plan aplique la cantidad del copago, usted tendrá que presentar la documentación directamente al plan. Debe comunicarse con ellos para más información.

If the caller says his or her PAP is ending:

Medicare no está obligando al programa a terminar sus servicios. Por otro lado, Medicare no puede exigirle al Programa de Ayuda a Pacientes que siga brindando cobertura si decide no hacerlo.

If the caller says that his or her PAP is paying his or her Medicare drug plan's premium:

Esa es una decisión que ha tomado el Programa de Ayuda a Pacientes y no está en contra de las normas de Medicare.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

WEB = <http://www.medicare.gov/pap/index.asp>

[TOP](#)

[BACK](#)

State Pharmacy Assistance Program (SPAP) (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

Cada estado que tiene un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) decidirá cómo su programa funcionará en combinación con la cobertura de Medicare para recetas médicas.

- Algunos estados podrían elegir dar cobertura complementaria cuando usted se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas para ayudarle con los gastos directos de su bolsillo.
- Algunos estados podrían tener algún otro programa aparte que le ayude con las recetas médicas.

Debe llamar a su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para más información.

****CSR NOTE: If the caller received a letter stating that he or she was being auto-enrolled into a Medicare drug plan by the State Pharmacy Assistance Program (SPAP):**

- PACE or PACENET in Pennsylvania, [click here](#).
- Missouri Rx Plan (MoRx) in Missouri, [click here](#).

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERENCE MATERIAL = State Pharmacy Assistance Programs (SPAPs) and Part D, for a list of names and phone numbers for the State Pharmacy Assistance Programs. You can use this to refer the caller to the appropriate SPAP or to verify that an organization is a SPAP.

WEB = <http://www.medicare.gov/spap.asp>

SCRIPT = Drug Coverage LIS New York EPIC

[TOP](#)

[BACK](#)

Missouri Rx Plan Auto Enrollment into Medicare Drug Plans **(Spanish)**

[TOP](#)

[BACK](#)

****Spanish is pending translation.****

The Missouri Rx Plan (MoRx) is enrolling some of its plan members into one of five Medicare drug plans. The purpose of this enrollment is to give you the best possible help with your drug costs.

The letter you received includes a list of the five preferred Medicare drug plans that will give you better access to more covered drugs. The five Medicare drug plans that the Missouri Rx Plan is working with are:

- Community Care Rx Basic
- First Health Premier
- Humana PDP Standard
- AARP MedicareRx Plan
- AARP MedicareRx Plan - Saver

Effective August 1, 2007, you will be enrolled into one of these five plans. Enrollment into these plans will **not** affect your Missouri Rx Plan benefits. If you wanted to keep your current Medicare drug plan instead of being enrolled into one of the five preferred plans, you needed to return the second page of the letter you received, signed and dated, on or before May 31, 2007.

****CSR NOTE:** If the caller missed the May 31 deadline, they will stay enrolled in their

current plan until August 1, 2007. At that point, if they want to switch to a different plan, they must be in a valid enrollment period. See the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage."**

If you have additional questions, please contact the Missouri Rx Plan at 1-800-375-1406.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERENCE MATERIAL = Missouri Rx Plan Medicare Drug Coverage Assignment Letter

SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

TIP = If you are a dual-eligible beneficiary in an MA-PDP, Special Needs Plan (SNP), or employer PDP, you should not be auto-enrolled. You will keep the plan that you are currently in, as well as your Missouri Rx Plan.

[TOP](#)

[BACK](#)

Supplemental Health Insurance (not Medigap) **(Spanish)**

[TOP](#)

[BACK](#)

Debe consultar con su Plan de Seguro de Salud Suplementario para ver cómo se compara con la cobertura de Medicare para recetas médicas.

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage LIS Extra Help Apply (Spanish)

START » Use this script for information about the extra help. (If the caller lives in one of the U.S. Territories, read the script: Drug Coverage LIS Territories.)

If the caller wants to know if he or she is eligible for the extra help and passes disclosure, **use the MA PDP tab** to provide information.

****For help with the MA PDP tab, please review the [MA PDP Job Aid](#).****

» If the **Deemed Indicator = Y** or the caller is LIS approved, [click here](#) to provide information based on the fields in the MA PDP tab.

» If the **Deemed Indicator = N**, the caller is not LIS approved, or cannot pass disclosure, [click here](#) for income and resource questions.

» If the caller says they were approved for the extra help, but our system does not show it, [click here](#).

» Click on one of the links below for information on the extra help:

[HOW TO APPLY](#)

[REAPPLYING](#)

[INCOME/RESOURCE
LIMITS](#)

[LIS INFORMATION
WRONG IN SYSTEM](#)

[LETTER ABOUT LIS
STATUS](#)

DEEMED INDICATOR = Y OR CALLER IS LIS APPROVED (Spanish)[TOP](#)[BACK](#)

Según nuestros datos, usted reúne los requisitos para recibir ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. La mayoría de las personas que tienen derecho a esta ayuda adicional pagarán primas y deducibles reducidos, y no más de \$5.60 (\$5.35 en 2007) por cada receta. La cantidad de ayuda adicional depende de los ingresos y recursos que usted tenga. Para obtener la cobertura, tendrá que inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Yo puedo ayudarle a solicitar la inscripción en un plan de medicamentos si usted está dentro de un período de inscripción válido.

****CSR NOTE:** If the caller wants information on his or her personal subsidy level, go to the MA PDP tab and check the Limited Income Subsidy History applet.**

****CSR NOTE: If the caller wants to know if his or her will continue to be eligible for the extra help the following year, READ:** Si usted reúne los requisitos para recibir ayuda adicional durante el año en curso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid determinarán cada otoño si puede continuar recibiendo la ayuda adicional el año siguiente. Si usted adquirió su derecho a Medicaid entre julio y diciembre, tendrá derecho automáticamente a la ayuda adicional, hasta el fin del año y también durante el año siguiente.

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:**

SCRIPT = CS Medicare.gov Tools

[TOP](#)[BACK](#)

APPLYING FOR EXTRA HELP (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

La mayoría de las personas que tienen derecho a esta ayuda adicional pagarán primas y deducibles reducidos, y no más de \$5.60 (\$5.35 en 2007) por cada receta. La cantidad de ayuda adicional depende de los ingresos y recursos que usted tenga.

Usted puede solicitar la ayuda adicional en cualquier momento llenando la solicitud y enviándola por correo al el Seguro Social (SSA). Le puedo enviar una solicitud o puede pedirla con el Seguro Social por teléfono, solicitando en la línea de Internet a www.ssa.gov o visitando en persona con la oficina local del Seguro Social.

[CLICK HERE IF THE CALLER ASKS ABOUT APPLYING AT THE MEDICAID OFFICE](#)

Después de presentar la solicitud recibirá una carta indicándole si reúne los requisitos o no y qué es lo siguiente que debe hacer. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene el derecho de apelar dentro de los sesenta (60) días a partir de la fecha en que recibió la carta. Comuníquese con el Seguro Social para averiguar cómo presentar la apelación.

Cuando le otorgan la ayuda adicional, la misma será aplicada automáticamente al costo de su plan a partir de la fecha en que entra en vigencia la ayuda adicional. Usted recibirá la ayuda durante el resto del año, siempre y cuando no haya cambios en su situación.

- Si ya está inscrito en un plan para recetas médicas, la ayuda adicional comienza el

primer día del mes en que se recibió su solicitud.

- Si todavía no está en un plan para recetas médica y fue automáticamente inscrito en uno por Medicare, la inscripción será retroactiva a la fecha en que se le otorgó la ayuda adicional.

Lo que significa que se le reembolsará por cualquier cantidad que haya pagado por concepto de primas o costos compartidos retroactivo a la fecha en que comenzaron a darle la ayuda adicional. Para averiguar cómo obtener el reembolso, comuníquese con su plan.

Si no está en un plan, pero solicita la ayuda adicional y se la aprueban, le darán un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de recetas médicas. (****See the script, Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage****) Si le aprobaron la ayuda adicional Y se inscribió en un plan para el 31 de diciembre de 2007, usted no tiene que pagar una penalidad por inscribirse tarde.

Debe comunicarse con el Seguro Social:

- si necesita ayuda para llenar la solicitud.
- para verificar el estatus de su solicitud.
- para apelar la decisión.
- si desea una copia de su carta.
- si tiene cualquier pregunta relacionada con la carta.

ADDITIONAL INFORMATION:

Usted y su cónyuge pueden pedir la ayuda adicional en una sola solicitud. Sin embargo, cuando se inscriban en un plan para recetas médicas, tendrán que hacer solicitudes por separado.

Si solicita la ayuda adicional con el Seguro Social y se la aprueban, usted tendrá que informarle de cualquier **cambio en su estado civil**. Los cambios de estado civil incluyen el matrimonio, divorcio, anulación, separación permanente, fallecimiento del cónyuge y la reanudación de convivencia después de un período de separación. Si como consecuencia de alguno de estos cambios usted pierde la ayuda adicional, la perderá el mes siguiente al mes en que se notifica el cambio.

Si solicita la ayuda adicional en la oficina local de Medicaid, puede que las normas del estado obliguen la notificación de cualquier cambio de situación, como por ejemplo, los cambios de estado civil. Si desea más información, por favor comuníquese con la oficina local de Medicaid.

Cuando solicite la ayuda adicional, debe presentar una solicitud original (y no una fotocopia).

La solicitud le pedirá que indique el nivel de recursos que tiene. Usted no tendrá que aportar ninguna documentación al presentar la solicitud.

El Seguro Social (SSA) no acepta las solicitudes por teléfono.

TIP BOX:

REFERRAL = SSA

FULFILLMENT = SSA Low Income Subsidy Application - 21020 (**Do NOT send to residents of U.S. Territories**)

REFERENCE MATERIAL = SSA LIS Determination- Partial Subsidy

REFERENCE MATERIAL = SSA LIS Determination- Full Subsidy

[TOP](#)

[BACK](#)

APPLYING AT MEDICAID (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

Solicitar la ayuda adicional a través del Seguro Social le provee la decisión más rápida, pero también puede solicitarla en la oficina local de Medicaid. Su estado decidirá si califica para esta ayuda o cualquier otra asistencia que ofrezca su estado.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = Medicaid, if caller applied at the local Medicaid office.

[TOP](#)

[BACK](#)

REAPPLYING FOR EXTRA HELP (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

Si usted reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional, la recibirá durante el resto del año, siempre y cuando no haya cambios en su situación. Su derecho a la ayuda adicional será revisado cada año y se le informará si puede recibirla el año siguiente. Si puede recibir la ayuda, no tendrá que volver a solicitarla. Sin embargo, si algún año le dicen que no reúne los requisitos para recibirla, pero usted cree que sí, tendrá que volver a presentar una solicitud.

Si solicitó la ayuda adicional con el Seguro Social y se la aprobaron, usted tendrá que informarle de cualquier **cambio en su estado civil**. Los cambios de estado civil incluyen el matrimonio, divorcio, anulación, separación permanente, fallecimiento del cónyuge y la reanudación de convivencia después de un período de separación. Si como consecuencia de alguno de estos cambios usted pierde la ayuda adicional, la perderá el mes siguiente al mes en que se notifique el cambio.

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:**

REFERENCE MATERIAL = SSA LIS Determination- Denial

[TOP](#)[BACK](#)

¿Cuál es la mejor descripción de su situación? ****Click the appropriate link.****

» **MARRIED AND LIVING TOGETHER**

» **SINGLE, A WIDOW(ER), OR YOUR SPOUSE DOES NOT LIVE WITH YOU**

TOP

BACK

INCOME/RESOURCE LIMITS FOR PEOPLE WHO ARE MARRIED AND LIVING TOGETHER (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

INCOME

Si su ingreso anual es por debajo de \$20,535, usted podría calificar para la ayuda adicional. Incluso si su ingreso anual es más alto, aún podría calificar. Algunos casos en los que su ingreso podría ser más alto serían si usted o su cónyuge:

- Mantienen a otros miembros de la familia que viven con usted.
- Tienen ganancias de su trabajo.
- Viven en Alaska o Hawai.

Las cantidades de ingresos aumentarán cada año.

RESOURCES

Si el valor de sus ahorros, inversiones y propiedades (aparte de su hogar) es por debajo de \$23,410 en el 2007, usted podría calificar para la ayuda adicional. Debe incluir las cosas que sólo le pertenecen a usted, con su cónyuge o con alguien más. No incluya su casa ni posesiones personales.

Los niveles de ingresos aumentarán cada año.

» **Does the caller have income/resources under these amounts?**

Yes / No

[TOP](#)[BACK](#)

INCOME/RESOURCE LIMITS FOR PEOPLE WHO ARE SINGLE (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

INCOME

Si su ingreso anual es por debajo de \$15,315, usted podría calificar para la ayuda adicional. La cantidad correspondiente al año 2007 se dará a conocer recién a mediados de enero, pero el límite de ingreso para el 2006 era de \$14,700. Incluso si su ingreso anual es más alto, aún podría calificar. Algunos casos en los que su ingreso podría ser más alto serían si usted:

- Mantienen a otros miembros de la familia que viven con usted.
- Tienen ganancias de su trabajo.
- Viven en Alaska o Hawai.

Las cantidades de ingresos aumentarán cada año.

RESOURCES

Si el valor de sus ahorros, inversiones y propiedades (aparte de su hogar) es por debajo de

\$11,710 en el 2007, usted podría calificar para la ayuda adicional. Debe incluir las cosas que sólo le pertenecen a usted o con alguien más. No incluya su casa ni posesiones personales.

Los niveles de ingresos aumentarán cada año.

» **Does the caller have income/resources under these amounts?**

Yes / No

TOP

BACK

[TOP](#)[BACK](#)

Basándome en sus respuestas, usted podría calificar para la ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, la única forma de asegurarse si califica para la ayuda adicional es llenando una solicitud.

Con mucho gusto le enviaré una solicitud. También puede obtener una del Seguro Social (SSA) por teléfono, en el sitio Web www.socialsecurity.gov o visitando su oficina local de SSA ¿Quiere que le envíe hoy la solicitud?

[CLICK HERE IF THE CALLER WANTS HELP WITH FILLING OUT AN APPLICATION OR TO CHECK ON THE STATUS OF AN APPLICATION](#)

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:**

TIP = If caller wants application, go to Print Fulfillment and order SSA LIS APP/Fact Sheet - #31020 **(Do NOT send to residents of U.S. Territories)**
REFERRAL = Social Security Administration

[TOP](#)[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Basándome en sus respuestas, usted quizás no califique para la ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, la única forma de asegurarse si califica para la ayuda adicional es llenando una solicitud.

Con mucho gusto le enviaré una solicitud. También puede obtener una del Seguro Social (SSA) por teléfono, en el sitio Web www.socialsecurity.gov o visitando su oficina local de SSA ¿Quiere que le envíe hoy la solicitud?

[CLICK HERE IF THE CALLER WANTS HELP WITH FILLING OUT AN APPLICATION OR TO CHECK ON THE STATUS OF AN APPLICATION](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

TIP = If caller wants application, go to Print Fulfillment and order SSA LIS APP/Fact Sheet - #31020 (**Do NOT send to residents of U.S. Territories**)
REFERRAL = Social Security Administration

[TOP](#)

[BACK](#)

CALLER IS APPROVED, BUT SYSTEM DOES NOT SHOW IT (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

Por favor guarde una copia de su carta. Quizás necesite enseñársela a su plan como prueba de que califica para la ayuda adicional.

Los planes de Medicare para recetas médicas, en cumplimiento de las normas aplicables, tienen que basar sus decisiones en las "mejores pruebas disponibles". Según estas normas, los planes deben reunir documentación que confirme que el afiliado puede recibir la ayuda adicional. El sistema de Medicare se actualiza al principio de cada mes basándose en esta documentación.

Si su plan de recetas médicas desea verificar que usted reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional, el plan puede comunicarse con la Oficina de Medicaid del estado o con el Seguro Social, según cuál de estas entidades le haya aprobado la ayuda.

****CSR NOTE:** If the caller wants more information on the "best available evidence" policy, [CLICK HERE](#).**

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = Medicare drug plan

[TOP](#)

[BACK](#)

LIS INFORMATION WRONG IN SYSTEM

[TOP](#)[BACK](#)

Si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid tienen información errónea sobre su situación con respecto a la ayuda adicional, usted debe comunicarse con su plan de Medicare para recetas médicas. Los planes de Medicare para recetas médicas, en cumplimiento de las normas aplicables, tienen que basar sus decisiones en las "mejores pruebas disponibles". Según estas normas, los planes tienen reunir documentación que confirme que el afiliado puede recibir la ayuda adicional. El sistema de Medicare se actualiza al principio de cada mes basándose en esta documentación.

Si tiene una copia de la carta por la que le otorgan la ayuda adicional, puede usarla como comprobante de que usted reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional.

Si su plan de recetas médicas desea verificar que usted reúne los requisitos para recibir la

ayuda adicional, el plan puede comunicarse con la Oficina de Medicaid del estado o con la Administración del Seguro Social, según cuál de estas entidades le haya aprobado la ayuda.

¿Le han entregado comprobante de que usted reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional a su plan de Medicare para recetas médicas?

Si usted tiene Medicaid, los comprobantes que indica que usted reúne los requisitos incluyen:	Si vive en una institución, los comprobantes que indica que usted reúne los requisitos incluyen:
<ul style="list-style-type: none"> • Una copia de su tarjeta de Medicaid en la que figure la fecha de elegibilidad. • Un comprobante de verificación de su cobertura de Medicaid, que incluya la fecha de la verificación. Esta documentación debe incluir el nombre, título y número de teléfono del empleado estatal que realizó la verificación. • Una copia del documento estatal donde le confirman su elegibilidad para Medicaid. • Una copia impresa de un archivo de su inscripción estatal en la que se indique su elegibilidad para Medicaid. • Una copia de la pantalla del sistema electrónico de Medicaid en la que se muestre su elegibilidad. • Otra documentación estatal en la que se indique su elegibilidad a Medicaid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un comprobante de pago de Medicaid a la institución, por un mes completo. • Una copia de un documento estatal en el que se confirme que Medicaid ha pagado por un mes completo a la institución. • Una copia de la pantalla del sistema electrónico de Medicaid, para propósitos de pago por al menos de un mes completo, que indique su estado como institucionalizado.

IF PROOF HAS BEEN PROVIDED:

Transfer to the Help Queue. Tell the Help Queue that "best available evidence" has been presented and the plan is still charging the full copayment.

IF PROOF HAS NOT BEEN PROVIDED, READ:

Por favor de asegurar que su plan de Medicare para recetas médicas reciba un comprobante que indica que usted reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional. Si su plan de recetas médicas desea verificar que usted reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional, el plan puede comunicarse con la Oficina de Medicaid del estado o con el Seguro Social, según cuál de estas entidades le haya aprobado la ayuda.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = Medicare drug plan

TRANSFER = Help Queue, if the "best available evidence" has already been provided.

[TOP](#)

[BACK](#)

LETTER ABOUT LIS STATUS (Spanish)

READ: Por favor vea la primera página de su carta. Busque si dice una de las siguientes oraciones:

- **Debemos revisar su derecho a recibir el beneficio de ayuda adicional con los gastos del plan de Recetas Médicas de Medicare** (Redetermination Letter - from SSA on white paper)
 -
- **Estamos cambiando la cantidad de ayuda adicional que recibe para pagar los gastos del plan de Medicare para recetas médicas** (Reevaluation Letter - from SSA on white paper)
 -
- **Por favor mantenga esta carta en sus expedientes** (Redeeming Notice - from CMS on gray or orange paper)

[TOP](#)

[BACK](#)

REDETERMINATION LETTER (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE:** The caller should receive this notice from SSA on white paper. **

Usted recibió esta carta porque el Seguro Social (SSA) necesitaba comparar sus ingresos y situación financiera con la información que tiene en sus archivos. El Seguro Social revisará su información para estar seguros de que usted aun reúne los requisitos y que la ayuda adicional sea correcta. Usted tiene 30 días para responder a esta carta. Luego, el Seguro Social utilizará esta información para determinar si usted tiene derecho a recibir la ayuda adicional el próximo año.

Una vez que haya enviado su respuesta, el Seguro Social le enviará una carta de seguimiento.

Si no responde, dejará de recibir la ayuda adicional.

****If the caller wants information on the follow-up letter, [click here](#).****

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Notice of Review
Redetermination Letter (English)
REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Notice of Review
Redetermination Letter (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

SSA REEVALUATION LETTER (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

****CSR NOTE:** The caller should receive this notice from SSA on white paper.**

Usted recibirá esta carta después de haber respondido a una carta enviada previamente por el Seguro Social (SSA). Su respuesta debe haber incluido información actualizada sobre sus ingresos y recursos y se utiliza para determinar si usted reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional el año que viene. Basándose en la información actualizada que usted proporcione, el Seguro Social reevaluará la decisión sobre la ayuda adicional que usted recibe.

Si, como resultado de la reevaluación, usted perdió la ayuda adicional o se hizo algún cambio en el copago, sus costos cambiarán. Usted recibirá un período especial de inscripción para escoger otro plan. Es muy importante que escoja un plan para recetas médicas que cubra sus necesidades. Tiene que fijarse si el plan que Medicare le escogió cubre los medicamentos que usted necesita y si puede comprarlos en las farmacias que desea. El período especial de inscripción va del 1ro de enero hasta el 31 de marzo de cada año, o comienza el mes en que recibió el aviso de reevaluación y se extiende hasta dos meses después (lo que ocurra más tarde).

****CSR NOTE:** If the caller wants to know his or her copayment level, use the MA PDP to provide the information.**

ADDITIONAL INFORMATION:

Si usted no está de acuerdo con la reevaluación y desea apelar la decisión, tendrá 60 días a partir de la fecha de esta carta para solicitar una apelación. Para apelar, puede comunicarse con el Seguro Social al 1-800-772-1213 o puede descargar (bajar) una copia del formulario de "Apelación de la determinación para recibir ayuda con los gastos de los Planes de Recetas Médicas de Medicare" (SSA – 1021) del sitio de SSA en Internet: www.ssa.gov.

[TOP](#)[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = SSA

[TOP](#)

[BACK](#)

REDEEMING NOTICE (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

****CSR NOTE:** Some people received a "Loss of Status" redeeming notice but have since re-qualified for extra help. These people may not have been notified of his or her new status yet. Verify the caller's LIS status in NGD by going to the Deemed Reason Code in the Deemed Eligible History in the MA PDP tab.**

****CSR NOTE:** The caller should receive this notice from CMS on gray paper.**

READ: ¿Qué dice la carta después de "Por favor mantenga este aviso en sus expedientes"?

If the letter says "You are getting this notice because starting January 1, you will no longer automatically qualify for extra help" READ: Usted ha recibido esta carta de Medicare porque sus ingresos o recursos han cambiado. A partir del 1ro de enero, usted dejó de tener derecho automático a la ayuda adicional porque:

- ya no es elegible tanto para Medicare como para Medicaid; O
- dejó de recibir ayuda de su estado para pagar sus primas de Medicare; O
- dejó de recibir beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Usted continuará teniendo cobertura a través de su plan, siempre que el plan siga ofreciendo cobertura en el 2007. Si tiene preguntas sobre cómo el cambio afectará su cobertura actual, o desea averiguar qué otras opciones tiene disponibles con la misma compañía, tendrá que llamar a su plan.

Sin embargo, tal vez aún pueda ahorrar en los costos de su cobertura de Medicare para recetas médicas. Puede que todavía califique para la ayuda solicitándola a través del Seguro Social o de la Oficina de Medicaid de su estado. The letter that you received should have included an application for the extra help along with a postage-paid envelope.

If the caller does not have an application and/or would like more information about applying for the extra help, [CLICK HERE](#).

****CSR NOTE:** The caller should receive this notice from CMS on orange paper.**

If the letter says "You will continue to qualify for extra help to pay for Medicare prescription drug coverage next year", READ: Usted recibió esta carta porque la cantidad de su copago ha cambiado. Usted sigue calificando automáticamente para la ayuda adicional durante todo este año. La cantidad de su copago anterior y del nuevo copago aparecen en el segundo párrafo de la carta.

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:**

TIP = **[CLICK HERE IF THE CALLER DOES NOT AGREE WITH THE LETTER](#)** (applies to both letters)

TIP = If caller received the letter in English and would like it in Spanish, have them look for the publication number at the lower right-hand corner of the letter. Go to Print Fulfillment to order a copy in Spanish.

REFERENCE MATERIAL = Redeeming Notice (Loss of Status)

REFERENCE MATERIAL = Redeeming Notice (Change in Copay)

FULFILLMENT = Redeeming Notice (Loss of Status) Spanish - 11198-S

FULFILLMENT = Redeeming Notice (Change in Copay) Spanish - 11199-S

[TOP](#)[BACK](#)

REAPPLYING (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

La forma más fácil de volver a solicitar la ayuda es llenar y enviar por correo la solicitud que venía incluida con la carta de Medicare. Si tiene preguntas sobre cómo llenar la solicitud, por favor llame al Seguro Social (SSA) al 1-800-772-1213 (usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778). También puede visitar el sitio del Seguro Social en Internet en www.ssa.gov.

También puede volver a solicitar la ayuda:

- completando la solicitud de ayuda adicional por Internet en www.socialsecurity.gov;
- llamando por teléfono al Seguro Social;
- enviando por correo el formulario impreso; O
- visitando la oficina local del Seguro Social.

Cualquiera sea el método que elija, asegúrese de solicitar cuanto antes. Si se la aprueban, recibirá la ayuda adicional que comienza el 1ro de enero de del año siguiente. La solicitud no es obligatoria y no le cuesta nada

Recuerde que siempre puede solicitar o volver a solicitar la ayuda adicional si hay un cambio en sus ingresos y recursos. ¿Quiere información sobre los límites de ingresos y recursos para la ayuda adicional?

[CLICK HERE IF THE CALLER WANTS INFORMATION ON INCOME/RESOURCE LIMITS](#)

If the caller asks, "What if I still don't qualify for extra help?" **[CLICK HERE](#)**

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = SSA

REFERRAL = State Medicaid Office

[TOP](#)

[BACK](#)

STILL DON'T QUALIFY (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

Si no califica para la ayuda adicional, puede haber otras opciones de reducir sus gastos en recetas médicas.

- Quizás su estado tenga programas que le ayuden a pagar los costos de sus recetas médicas. Por favor llame a la Oficina de Medicaid de su estado para más información.
- Muchas de las grandes compañías farmacéuticas ofrecen Programas de Asistencia Farmacéutica (PAP) a las personas que tienen planes de Medicare para recetas médicas.
- Es posible que usted pueda inscribirse en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = State Medicaid Office

SCRIPT = Drug Coverage Cost Information, if the caller wants more information on costs and SPAPs or PAPs [Coverage Gap Donut Hole].

SCRIPT = Drug Coverage and Other Coverage, if the caller wants more information on how SPAPs and PAPs work with Medicare drug coverage.

[TOP](#)

[BACK](#)

DISAGREES WITH REDEEMING NOTICE (Spanish)[TOP](#)[BACK](#)

****IF THE CALLER DISAGREES WITH THE COPAYMENT AMOUNT**, confirm that the copayment amount that the caller disagrees with matches the copayment amount showing in NGD.**

Si usted no está de acuerdo con la decisión indicada en la carta que ha recibido, comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado.

****CSR NOTE:** If the caller complains about the copayment increase (ex: \$5.35 in 2007 vs. \$5.60 in 2008) but his or her subsidy level has not changed, use your soft skills to explain that there has been no change his or her subsidy approval.**

****IF THE CALLER DISAGREES WITH THE LOSS OF LIS ELIGIBILITY**, continue with this portion. You can determine why the caller's LIS status changed by hovering over the Deemed Reason Code in the Deemed Eligible History in the MA PDP tab. A definition of the Deemed Reason Code will then appear.**

Si usted no está de acuerdo con la decisión indicada en la carta que ha recibido, comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado o con el Seguro Social para verificar si es elegible para los beneficios de Medicaid o de SSI. Si recibió la carta porque usted

- **ya no califica para Medicaid**, por favor comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado.
- **ya no recibe ayuda para pagar sus primas de Medicare**, por favor comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado.
- **ya no recibe los beneficios del Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)**, por favor comuníquese el Seguro Social al 1-800-772-1213.

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:**

REFERRAL = State Medicaid Office

REFERRAL = SSA

SCRIPT = Drug Coverage Cost Information [LIS Cost], for LIS copayment amounts for 2007 and 2008

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Si la Parte A de Medicare cubre su internación en el hospital o en un centro de enfermería especializada, también pagará sus medicamentos. La Parte A dejará de pagar sus medicamentos cuando sea dado de alta del centro o cuando se termine su beneficio, cualquiera que ocurra primero.</p> <p>Lo que sucede después de que la Parte A deje de pagar sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si se encuentra en un centro de cuidado a largo plazo (LTC*) y el medicamento normalmente debe administrarse en el consultorio médico o, para administrarlo, se necesita equipo médico duradero (como por ejemplo, un nebulizador), los planes de Medicare para recetas médicas pueden cubrir el medicamento cuando sea administrado en el centro de cuidado a largo plazo*. La Parte B NO cubrirá estos medicamentos cuando se administren en el centro de cuidado a largo plazo*.• La Parte B cubrirá los siguientes medicamentos (incluso si son administrados en un centro de cuidado a largo plazo*): los medicamentos inmunosupresores (si Medicare cubrió el transplante); ciertas medicinas orales contra el cáncer; ciertas medicinas orales contra los vómitos (si las toman los pacientes con cáncer) y ciertas vacunas. <p>*NOTE: For this purpose, LTC facilities include skilled nursing facilities, nursing homes that give skilled care, and institutions that give skilled care.</p> <p>Si usted está en un programa de cuidados paliativos aprobado por Medicare, la Parte A pagará los medicamentos utilizados para controlar los síntomas o aliviar el dolor. Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, la cobertura de medicamentos funcionará dentro de las normas de su cobertura de cuidados paliativos. Los programas de cuidados paliativos no son cobertura acreditable.</p> <p>Si la Parte B actualmente cubre sus medicamentos, seguirá cubriéndolos. Inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas le ayudará a cubrir otros medicamentos que actualmente no están cubiertos por la Parte B.</p> <p>Si la Parte A o B cubre su medicamento, dicho medicamento no será pagado por su plan de Medicare para recetas médicas. Si sus medicamentos están cubiertos por la Parte B, asegúrese de que la farmacia o proveedor esté inscrito en el Programa Medicare.</p> <p>Si la Parte A o la Parte B no cubre sus medicamentos, su plan de Medicare para recetas médicas en ocasiones los cubrirá, siempre y cuando figuren en la lista de medicamentos cubiertos por el plan. Asegúrese de ir a una farmacia que participe en la red de su plan.</p> <p>Tal vez su plan de Medicare para recetas médicas cubra la vacuna contra el herpes zóster (culebrilla). Usted debe llamar al plan para confirmar. Si su plan no cubre la vacuna, puede pedirle que haga una excepción. Esta vacuna NO estará cubierta por la Parte B. Sólo en el 2007, la Parte B de Medicare cubrirá la administración de las vacunas que son pagadas por su plan Medicare para recetas médicas. En el 2008, su plan Medicare para recetas médicas pagará el costo de la administración de la vacuna y continuará pagando las vacunas, siempre que estén en la lista de medicamentos cubiertos por el plan.</p> <p>Tips: SCRIPT = CC Medicare Costs and Premiums (Medicare Part A & B Cost -> Benefit Periods and Lifetime Reserve Days) SCRIPT = CC Part B Covered/Noncovered Services SCRIPT = CC Part B Covered Prescription Drugs and Medicine SCRIPT = Drug Coverage Formulary and Pharmacy Information SCRIPT = CC Part A Covered/Noncovered Services TRANSFER = Claims CSR REFERRAL = Medicare drug plan for drugs covered by Medicare drug coverage</p>	

Drug Coverage Cost Information (Spanish)

START » Use this script for information about drug coverage costs.

» Click on one of the links below for information on drug coverage costs:

COST	LIS COST	COVERAGE GAP DONUT HOLE
LATE ENROLLMENT PENALTY	OUT OF POCKET TROOP	HOW TO PAY YOUR PREMIUMS
DELAY IN PREMIUM PAYMENT		

2008 COST

[TOP](#)
[BACK](#)

****Use this section ONLY if the caller does not have LIS.****

Los planes de Medicare para recetas médicas varían de uno a otro. Esto significa que las primas mensuales, deducibles, copagos y formularios son diferentes dependiendo del plan. Sus gastos también dependen de si recibe la ayuda adicional y de los medicamentos que usa. Los costos varían de un año a otro y se reinician cuando comienza cada año calendario (o sea, de enero a diciembre). Esto significa que usted tendrá que pagar el deducible cada año y que sus primas, deducibles y copagos podrían cambiar.

Los planes deben ofrecer cobertura tan buena como el mínimo de cobertura estándar de Medicare.

****CSR NOTE:** If the caller wants to know about the costs in 2007, [click here](#).

2008 Medicare minimum standard coverage (this is an example, but stress that plan coverage varies):

El promedio previsto de las primas que cobrarán los planes de Medicare para recetas médicas en el 2008 será de \$25.00. Las primas de algunos planes pueden ser más altas o más bajas, y usted tal vez pueda obtener un plan que no tenga primas mensuales, deducibles ni períodos sin cobertura.

Si se inscribe en un plan estándar mínimo en el 2008, usted pagará los primeros \$275 por sus recetas. Esta cantidad es su **deducible**.

Después que usted pague el deducible anual, sus costos en el 2008 serán los siguientes:

- Usted pagará el 25% del costo anual de sus medicamentos, desde \$275 hasta \$2,510, y su plan pagará el otro 75% de esos costos. Esto significa que usted pagará \$558.75 directamente de su bolsillo durante esta fase del beneficio. Este período se llama el **límite inicial de cobertura**. El cálculo del límite inicial de cobertura se base en el precio completo de los medicamentos.
- Usted pagará el 100% de los próximos \$3,216.25 que gastará en medicamentos, hasta que llegue a \$4,050 en gastos de su bolsillo. Esta cantidad se llama **período sin cobertura** (coverage gap). (****CSR NOTE:** \$275 deductible + \$558.75 (25% share of \$275 to \$2510) + \$3,216.25 = \$4,050 out-of-pocket cost.)
- Después de que usted gaste \$4,050 directamente de su bolsillo, pagará el 5% del costo de sus recetas médicas (o un copago pequeño) durante el resto del año, y su plan pagará lo restante. Este tipo de cobertura se llama **cobertura catastrófica**.

Algunos planes pueden tener una estructura distinta, incluyendo un copago fijo (o sea, una cantidad específica en dólares) en lugar de un coseguro (es decir, un porcentaje del costo del medicamento). Los planes pueden tener asimismo diferentes límites en cuanto a la cobertura inicial o al período sin cobertura. Si el afiliado paga las primas mensuales o medicamentos no cubiertos por el plan (debido a que no están en el formulario de medicamentos aprobados o están excluidos por las leyes de Medicare), esos pagos no contarán para el deducible, límite inicial de cobertura o cobertura catastrófica.

****CSR NOTE:** Use the CSR Plan Finder Tool for cost information on each plan.**

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:**

SCRIPT = [Coverage Gap Donut Hole](#)

REFERRAL = Medicare prescription drug plan, if the caller feels that he or she is being charged the wrong copayment amount or if the caller has any other cost-related questions about his or her plan. You can also refer to the drug plan if the caller has questions about the coverage gap and/or wants to know if he or she has reached the coverage gap.

SCRIPT = [Out of Pocket TROOP](#)

SCRIPT = [Late Enrollment Penalty](#)

SCRIPT = CS Medicare.gov Tools

REFERENCE MATERIALS = Definitions document, for explanation of these terms

[TOP](#)[BACK](#)

2007 COST

[TOP](#)

[BACK](#)

****Use this section ONLY if the caller does not have LIS.****

2007 Medicare minimum standard coverage (this is an example, but stress that all plans vary):

Cuando se inscriba, usted pagará una prima mensual además de las otras primas de Medicare que paga ahora. La prima promedio de 2007 es alrededor de \$27.35, pero las primas de algunos planes podrían ser más altas o más bajas. Es posible que usted pueda conseguir un plan que no tenga ni primas mensuales, ni deducibles, ni faltas de cobertura.

Si utiliza un plan estándar mínimo, usted paga los primeros \$265 del costo de sus recetas. A este monto se le llama su **deducible**. Esta cantidad puede variar de un plan a otro.

Después de haber pagado el deducible anual, sus costos en el 2007 serán los siguientes:

- Usted paga el 25% del costo anual de sus medicamentos, desde \$265 hasta \$2,400, y su plan paga el otro 75% de estos costos. Esto quiere decir que usted paga \$533.75

de su bolsillo durante esta fase del beneficio. A este período se le llama **límite inicial de cobertura**. Tenga en cuenta que el cálculo del límite inicial de cobertura (\$2,400) se basa en el precio completo de los medicamentos, y no en el precio que paga usted.

- Usted paga el 100% de los próximos \$3,051.25 que gaste en medicamentos, hasta llegar a \$3,850 en gastos de su bolsillo. A esta cantidad se le llama **falta de cobertura** (coverage gap). (**CSR NOTE:** \$265 deductible + \$533.75 (25% share of \$265 to \$2400) + \$3051.25 = \$3850 out-of-pocket cost.)
- Después de que haya gastado \$3,850 directamente de su bolsillo, usted pagará el 5% del costo de sus recetas médicas (o un copago pequeño) por el resto del año calendario y su plan pagará lo restante. A esto se le llama **cobertura catastrófica**.

[TOP](#)

[BACK](#)

LATE ENROLLMENT PENALTY EXAMPLE

[TOP](#)[BACK](#)

Si no se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas cuando tiene derecho a hacerlo por primera vez, tendrá que esperar hasta su próxima oportunidad para inscribirse en un plan de medicamentos. En este caso, quizás tenga que pagar una prima más alta debido a una penalidad por inscripción tardía. Si su plan de Medicare para recetas medicas determina que usted lleva un período continuo de 63 días o más sin tener cobertura de medicamentos que sea acreditable (o sea, cobertura que es tan buena como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas), usted recibirá los siguientes documentos: un aviso de multa por inscripción tardía; una carta que explica el recurso de reconsideración y un formulario para solicitar la reconsideración. Si le multan por motivo de inscripción tardía, usted recibirá una factura por el monto de la multa, o ese monto será deducido junto con su prima del plan de medicamentos.

Si **se da de baja** de su plan Medicare para recetas médicas y tiene un tiempo sin cobertura de medicamentos que le dura 63 días o más, su prima aumentará debido por una penalidad por estar sin cobertura de medicamentos que sea acreditable.

No tendrá que pagar ninguna penalidad por inscribirse tarde si actualmente tiene un plan de recetas médicas que es por lo menos tan bueno como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. Ésta también se conoce como "cobertura acreditable". Para averiguar si la cobertura de su plan de medicamentos es tan buena como la de Medicare, pregunte a la compañía que le ofrece la cobertura de recetas médicas. Tal vez ellos ya le hayan enviado una carta por escrito explicando si la cobertura es acreditable.

Si su cobertura acreditable termina, le darán un período de inscripción especial. Este período comenzará el mes en que le informen de que ha perdido su cobertura y terminará 60 días después de la pérdida o 60 días después de la notificación de la misma, lo que ocurra más tarde. Si no se inscribe en un plan durante este período de inscripción especial, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción y tendrá que pagar una penalidad. En la mayoría de los casos, su próxima oportunidad válida para inscribirse será del 15 de noviembre al 31 de diciembre. Si se inscribe durante este período, su cobertura comenzará el 1ro de enero del siguiente año. (SCRIPT: Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage.)

Si tiene **menos de 65 años de edad y está incapacitado**, y decide inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas en una fecha futura (pero antes de cumplir 65

años), entonces tendrá que pagar una penalidad. Una vez cumplidos los 65 años, usted tendrá derecho a un nuevo período de inscripción inicial y no se le cobrará la multa.

If the caller asks what his or her premium penalty is, or if you need an example, [CLICK HERE](#).

If the caller qualifies for the extra help, [CLICK HERE](#) for more information.

Si usted presenta la solicitud de reconsideración para que reduzcan o eliminen la penalidad por inscripción tardía, su plan todavía seguirá enviándole facturas por el monto de la penalidad, hasta que se tome una decisión definitiva al respecto. Si usted paga la prima directamente al plan de medicamentos y no paga la multa por inscripción tardía, puede que le den de baja del plan por falta de pagar las primas. (****CSR NOTE:** For more information about the reconsideration process, go to script RP Drug Coverage Denial Claim Enrollment Appeal.**)

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = RP Drug Coverage Denial Claim Enrollment Appeal

TIP = If you lived in an area that was affected by Hurricane Katrina, and you enrolled in a Medicare drug plan by December 31, 2006, you won't have to pay a penalty.

TIP = If you were affected by Hurricane Rita or Wilma and did not enroll when you were first eligible, you may have to pay a higher premium because of a late enrollment penalty.

LATE ENROLLMENT PENALTY (EXAMPLE)

[TOP](#)[BACK](#)

No puedo indicarle cuánto es exactamente la penalidad que tendría que pagar, si le corresponde pagarla. Sólo puedo decirle cómo hacer un cálculo aproximado. Para determinar su penalidad, tome la prima base nacional promedio del año en curso (\$27.93 en el 2008, \$27.35 en el 2007) y calcule el 1% de ella (\$0.279 en el 2008, \$0.27 en el 2007). Multiplique ese monto por el número de meses calendarios completos (durante cualquier período de 63 días o más), desde que finalizó su período de inscripción inicial, en los cuales usted no tuvo la cobertura acreditable. Redondee el resultado a los 10 centavos. El resultado es la penalidad aproximada que tendrá que pagar. Esta cantidad se añadirá a la prima mensual de su plan por todo el tiempo que tenga la cobertura de Medicare para recetas médicas. Su penalidad cambiará cada año según cambie la prima nacional promedio.

(**The 63-day continuous period** begins on the day after the beneficiary's initial enrollment period has ended and ends the day before enrollment into a Medicare drug plan becomes effective.)

Ejemplo: Digamos que decidió inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas a partir del 1ro de enero de 2007, pero su período de inscripción inicial terminó el 15 de mayo de 2006 y usted no tenía ninguna otra cobertura de medicamentos que fuera tan buena como la de Medicare. Esto quiere decir que le aplicarán una penalidad del 7% porque estuvo sin cobertura por siete meses completos (de junio a diciembre). Su penalidad será el 7% de la prima base del beneficiario para el 2007, es decir, \$1.90 por mes. Esta cantidad será añadida a la prima de su plan.

Usted debe inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas para saber con certeza cuánto será su penalidad y si le corresponde pagarla. Yo no tengo acceso a información sobre su caso particular. A menos que usted se inscriba, el plan de Medicare para recetas médicas tampoco podrá decirle la cantidad exacta. Una vez que se haya inscrito, el plan le podrá informar cuánto es el total de su prima, incluida la penalidad, si le corresponde pagarla. En caso de que le corresponda pagar la penalidad, se le cobrará cuando pague las primas del plan.

[TOP](#)[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = RP Drug Coverage Denial Claim Enrollment Appeal

REFERRAL = Medicare drug plan

[TOP](#)

[BACK](#)

LATE ENROLLMENT PENALTY (EXTRA HELP)

[TOP](#)

[BACK](#)

Si reúne los requisitos para obtener la ayuda adicional pero no se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas cuando fue elegible por primera vez, usted **no** tendrá que pagar una penalidad por inscribirse tarde, siempre que se inscriba en un plan de recetas médicas para el 31 de diciembre de 2008 y siga inscrito en el plan sin interrupción.

En el 2009, si se da de baja o nunca se inscribió en un plan, y si lleva un período de 63 días o más sin cobertura de medicamentos, se le aplicará una penalidad por inscripción tardía cuando se vuelva a inscribir en un plan de Medicare para medicamentos. Sin embargo, no se incluirán en el cálculo de la penalidad los meses del 2006, 2007, y 2008 en que usted no haya tenido cobertura de medicamentos.

[TOP](#)

[BACK](#)

OUT OF POCKET TROOP

[TOP](#)[BACK](#)

Ciertos pagos que hace mientras tiene un plan de Medicare para recetas médicas se conocen como gastos reales de su bolsillo (TROOP). Estos gastos son sumamente importantes para determinar si usted ha entrado en la fase de cobertura catastrófica del beneficio. Por cada mes que usted compre medicamentos cubiertos, recibirá una Explicación de Beneficios que indica el total de gastos reales de su bolsillo hasta la fecha. Si cambia de plan durante el año calendario (enero a diciembre), el monto que gastó directamente de su bolsillo se transferirá al nuevo plan.

Los pagos que cuentan para el límite de gastos reales de su bolsillo son:

1. Deducible anual
2. Lo que paga por cada medicamento
3. Todo pago hecho durante el período sin cobertura. Estos gastos cuentan sólo si los medicamentos:
 - Están en el formulario de medicamentos aprobados por el plan
 - No estaban en el formulario del plan pero, por una determinación de cobertura, excepción o apelación especial, se autorizó que cuenten para el límite de gastos reales de su bolsillo
 - Se compraron en una farmacia fuera de la red con la autorización del plan permission

Usted puede usar una tarjeta de descuento u otro descuento de la farmacia mientras se encuentra en el período sin cobertura. Preséntele las facturas al plan para que las compras cuenten hacia el límite de gastos reales de su bolsillo.

Los siguientes **nunca** contarán para el límite de gastos reales de su bolsillo:

- Su prima
- Medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicinas que su plan no cubre
- Medicinas cubiertas por su plan que están excluidas por las leyes de Medicare
- Medicamentos de venta libre o vitaminas (incluso si los requiere su plan como parte

de la terapia en etapas)

Los siguientes pagos **contarán** para el límite de gastos reales de su bolsillo si fueron hechos por:

- Familiares
- Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAPs) que reúnen los requisitos pertinentes (****CSR NOTE**: Refer to Reference Material document State Pharmacy Assistance Programs (SPAP) and Part D for a list of Qualified SPAPs.**)
- Ayuda adicional de Medicare
- La mayoría de organizaciones caritativas (a menos que sean establecidas, administradas o controladas por el actual o antiguo empleador o sindicato del beneficiario).

Los siguientes pagos **no** contarán para el límite de gastos reales de su bolsillo si fueron hechos por:

- Planes de salud grupales
- Su plan de Medicare para recetas médicas
- Planes de seguro médico (incluidos los planes Medigap y de seguro complementario)
- Otras terceras partes (por ejemplo, TRICARE, seguro de accidentes laborales)
- Programas del Gobierno
- Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) que no reúnen los pertinentes requisitos
- Programas de asistencia para pacientes patrocinados por fabricantes farmacéuticos
- Programa Medicaid
- Programas de Asistencia Farmacéutica para Personas con SIDA (ADAP)
- Cuentas para el Reembolso de Gastos Médicos (para beneficiarios que no sean de edad laboral)

Si tiene cobertura de terceras partes que paga parte de los gastos reales del bolsillo, notifique a su plan de Medicare para recetas médicas.

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:**

SCRIPT = Drug Coverage and Other Coverage

SCRIPT = [Coverage Gap Donut Hole](#)

REFERENCE MATERIAL = State Pharmacy Assistance Programs (SPAP) and Part D (for names of Qualified SPAPs and includes information on SPAP wraparound programs)

HOW TO PAY YOUR PREMIUMS

[TOP](#)
[BACK](#)

Premium Payment Methods:

Cuando se inscriba en un plan, le preguntarán cómo desea pagar las primas. Las cuatro opciones que tiene a su disposición son:

1. Autorizar a su plan para que deduzca la prima de su cuenta de ahorro o cuenta corriente.
2. Autorizar a su plan para que la cargue a una tarjeta de crédito o de débito.
3. Hacer que su plan le envíe la factura y luego enviar al plan un cheque o un giro bancario.
4. Autorizar a que deduzcan la prima de su beneficio mensual del Seguro Social, de un modo similar al que son pagadas algunas primas de la Parte B. Actualmente la cantidad de la prima no se puede deducir de los beneficios recibidos mediante el Sistema de Retiro del Servicio Civil o la Junta de Retiro Ferroviario.

****CSR NOTE:** If someone chooses option #1, #2, or #3 above, he or she may be billed on a monthly, quarterly or other basis. It is up to the plan to decide how often they will bill for their premiums, but the plan must at least offer monthly billing.**

Una vez que el plan tramite su inscripción, la información sobre el pago de la prima se envía electrónicamente a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Después CMS:

- Le avisa al plan que le envíe a usted la factura por la prima directamente o
- Le notifica electrónicamente a la Administración del Seguro Social (SSA) para que deduzca la cantidad de la prima directamente de los beneficios que usted recibe mensualmente de ese organismo.

Una vez comenzada la deducción automática, la cantidad de la prima se deducirá de los beneficios del Seguro Social que corresponden al mismo mes cubierto por la prima pagada. Por ejemplo, la prima que cubre el mes de junio se deducirá de los beneficios del Seguro Social que corresponden a ese mismo mes.

Si desea cambiar la forma de pago de la prima, tendrá que comunicarse con su plan.

ADDITIONAL INFORMATION:

Si se da de baja o cambia de planes, se suspenderá automáticamente la deducción de la prima de su antiguo plan a partir de su inscripción en el nuevo. A usted no pueden cobrarle las primas de dos planes por un mismo mes.

Si tiene un seguro secundario que paga una parte de la prima de su plan de recetas médicas y usted pide que le deduzcan automáticamente la prima de su cheque del Seguro Social, se le deducirá el total de la prima. Su plan de medicamentos recetados luego le enviará un reembolso por la cantidad de las primas que haya pagado de más. Si no desea que le deduzcan la prima de sus beneficios del Seguro Social, puede pagar la prima

directamente al plan (lo que significa que usted pagará sólo su parte de la prima y su seguro secundario pagará la otra parte).

****CSR NOTE:** Verify that the caller is not affected by the SSA premium issues **before** reading this information.**

Los cambios en la forma de pago de la prima pueden tardar hasta tres meses en reflejarse en todos los sistemas. Si usted desea verificar la forma de pago de su prima, por favor comuníquese con su plan.

Por ejemplo, si usted solicita hacer un cambio en la forma de pago de su prima a mediados de noviembre, el cambio tendrá efecto en diciembre. Sin embargo, puede que el cambio no aparezca en los registros del Seguro Social hasta enero o febrero.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = The Plan. Do not refer callers to SSA for questions about Medicare drug plan premiums.

SCRIPT = [Delay in Premium Payment](#), if the caller switched plans and premiums are still being deducted from SSA benefits for his or her old plan.

[TOP](#)

[BACK](#)

DELAY IN PREMIUM PAYMENT

[TOP](#)[BACK](#)

If the caller says his or her premiums are not being deducted from his or her SSA benefits, ASK: ¿Hace cuánto tiempo hizo la solicitud para que le deduzcan las primas?

HACE MÁS DE 3 MESES: **Have the caller pass Disclosure and GO TO the Surveys tab. Follow the script "Premium Refund Issue Lookup."**

HACE MENOS DE 3 MESES: Puede demorar de varios meses para que comiencen a deducir las primas de sus beneficios del Seguro Social. No envíe ningún cheque de pago a su plan durante este tiempo. Cuando comiencen hacer el retiro, usted verá una deducción corresponde a que los meses de los cuales usted tuvo la cobertura pero la prima no fue deducida de su cheque. Esto ocurre solamente una vez y, en el futuro, se le harán deducciones por la prima de un solo mes.

Deduction request was initially accepted but now premiums are not being deducted: Si hay diferencias en la cantidad que deberían retenerle de sus beneficios del Seguro Social, la deducción será cancelada. Si esto ocurre, Medicare le pedirá a su plan de recetas médicas que le facture por las primas directamente a usted. Llame a su plan si desea saber por qué se cancelaron sus deducciones.

Request for premium deduction was rejected: Si le negaron su solicitud para que sus primas se deduzcan de sus beneficios de la Administración del Seguro Social, su plan se comunicará con usted acerca de sus opciones de pago. Esto podría ocurrir si sus beneficios del Seguro Social no son suficientes para cubrir las primas de su plan de recetas médicas.

Plan says premiums are not being paid: **Have the caller pass Disclosure and GO TO the Surveys tab. Follow the script "Premium Refund Issue Lookup."**

Caller previously had automatic deduction and requested a change to direct billing: Si antes utilizaba la deducción automática de sus primas y luego pidió un cambio para que le enviaran las facturas directamente a usted, puede que continúen deduciendo las primas. Si esto ocurre, usted recibirá un reembolso por separado. Las primas le serán

reembolsadas desde la fecha en que comenzaron a facturarle directamente.

ADDITIONAL INFORMATION:

Si usted se da de baja o cambia de planes, tal vez continúen deduciéndole las primas del antiguo plan, de sus beneficios del Seguro Social. Tan pronto como se actualicen los sistemas, la Administración del Seguro Social le reembolsará cualquier prima que haya sido pagada al primer plan. Usted debería recibir este reembolso en un período de tres meses después de haberse inscrito en el nuevo plan. No es necesario que haga nada.

****CSR NOTE:** If the caller has already talked to the plan and has not gotten a refund within three months, check the "Premium Refund Issue Lookup" in the Surveys tab.**

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = Premium Refund Issue Lookup (in the Surveys tab)

REFERRAL = Do not refer callers to SSA for questions about Medicare drug plan premiums. These questions should be referred to the drug plan.

[TOP](#)

[BACK](#)

2008 COVERAGE GAP DONUT HOLE

[TOP](#)[BACK](#)

El "período sin cobertura", a veces conocido como "donut hole", es el intervalo durante el cual usted paga el 100% del costo de sus recetas médicas. Tenga en cuenta que sus costos volverán a comenzar al principio de cada año calendario (de enero a diciembre).

****CSR NOTE:** If the caller wants to know about the coverage gap in 2007, [click here](#).

Basándose en el mínimo de cobertura estándar de Medicare, el período sin cobertura funcionará de la siguiente manera en el 2008 (stress to the caller that plans vary):

Cuando el costo total de sus medicamentos (o sea, lo que paga usted y su plan) llegue a \$2,510, usted entrará en el período sin cobertura. Entonces, tendrá que pagar el 100% de los costos de sus medicamentos (el precio negociado, no el precio de venta al público) hasta que haya gastado \$4,050 directamente de su bolsillo por el año. Esto significa que usted gastó \$3,216.25 en sus medicamentos mientras estaba en el período sin cobertura.

****CSR NOTE:** \$275 deductible + \$558.75 (25% of \$275 to \$2510) + \$3,216.25 = \$4,050 out-of-pocket cost.**

Si reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional, no tendrá un período sin cobertura. En lugar de ello, pagará un copago o coseguro pequeño. Lo que usted pague en este momento **podría** ser más que la cantidad que pagaba antes por sus medicamentos. Sin embargo, esta cantidad nunca será más grande que la cantidad de copago o de

coseguro para la cual le aprobaron. ****CSR NOTE:** If the caller wants to know his or her copayment amount, go to the MA PDP tab.**

Algunos planes pagan los medicamentos durante el período sin cobertura. En cada estado hay por lo menos un plan que hace esto. A menos que usted cambie a uno de estos planes durante el período de inscripción válido, no podrá evitar un período sin cobertura cambiando de plan durante el año. Cuando se cambie de plan, el registro con los costos de sus medicamentos se transferirá al plan nuevo. Si quiere saber si ha llegado al período sin cobertura, por favor comuníquese con su plan.

Si su plan tiene un período sin cobertura, tal vez usted pueda evitar llegar al período sin cobertura o retrasar su llegada, y continuar ahorrando en los costos de sus medicamentos.

¿Quisiera que le dé más información al respecto? [Click Here](#) to give the caller additional information from "5 Ways to Lower Your Costs During the Coverage Gap" on www.medicare.gov.

****CSR Note:** Use the CSR Plan Finder Tool to help the caller estimate when he or she will enter the Coverage Gap. On the Prescription Drug Plan Comparison page, choose "View Cost Details" from the "More About This Plan" section. The Total Monthly Cost Estimator is a bar chart that shows when the person will enter the gap.**

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:****SCRIPT** = [Cost](#)**SCRIPT** = [LIS Cost](#)**SCRIPT** = [Out of Pocket TROOP](#), if the caller wants information on what counts toward his or her out-of-pocket costs.**SCRIPT** = CS Medicare.gov Tools**SCRIPT** = Drug Coverage LIS Extra Help Apply**SCRIPT** = Drug Coverage and Other Coverage**REFERENCE MATERIAL** = State Pharmacy Assistance Programs (SPAP) and Part D (includes information on SPAP wraparound programs)**FULFILLMENT** = Bridging the Coverage Gap (11213)[TOP](#)[BACK](#)

2007 COVERAGE GAP DONUT HOLE

[TOP](#)[BACK](#)

Basándose en el mínimo de cobertura estándar de Medicare, el período sin cobertura funcionará de la siguiente manera (use this as an EXAMPLE ONLY because plans vary):

Cuando el costo total de sus medicamentos (o sea, lo que pagan usted y su plan) llegue a \$2,400, comenzará el período sin cobertura. Durante este período, tendrá que pagar el 100% de los costos de sus medicamentos (el precio negociado, no el precio de venta al público) hasta que haya gastado \$3,850 directamente de su bolsillo por el año. Esto

significaría que usted gastará \$3,051.25 en sus medicamentos mientras se encuentra en el período sin cobertura.

CSR NOTE: \$265 (deductible) + \$533.75 (25% of \$265 to \$2400) + \$3,051.25 (cost while in coverage gap) = \$3850 out-of-pocket costs.

[TOP](#)

[BACK](#)

DRUG COVERAGE LIS COST

TOP

BACK

****CSR NOTE: If the caller wants to know the amount for which he or she was approved for, use the Limited Income Subsidy History applet or Deemed History applet in the MA PDP Tab. If the caller wants to know exactly how much he or she will have to pay in a particular plan, use the PDPF tool and authenticate.****

Deemed Copay Level	2008 Copay Level	2007 Copay Level
1	HIGH (\$2.25/\$5.60)	HIGH (\$2.15/\$5.35)
2	LOW (\$1.05/\$3.10)	LOW (\$1.00/\$3.10)
3	No Copay	No Copay
4	15% Coinsurance	15% Coinsurance

If the caller is deemed eligible for the extra help or applied and was awarded the full (100%) subsidy (Part D Subsidy Level, in LIS History), READ:

Dado que reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional, no tendrá que pagar un deducible o bien pagará un deducible de \$56 (\$53 en el 2007) y una pequeña cantidad por cada receta cubierta que le hayan despachado. Tal vez haya planes disponibles a los que no se pague una prima mensual. En otros planes habría que pagar parte de la prima. Cuando esté comparando planes, asegúrese de preguntar sobre la prima.

If the caller applied and was awarded a partial (25%, 50%, or 75%) subsidy (Part D Subsidy Level, in LIS History), READ:

Dado que fue aprobado para recibir la ayuda adicional, pagará una prima mensual más baja. Su prima se reducirá según un porcentaje que aparece en la carta de otorgamiento. También tendrá un deducible y copago reducidos cuando compre sus medicamentos cubiertos. Estas cantidades pueden variar dependiendo en qué plan de Medicare para recetas médicas esté inscrito. Cuando compare los planes, pregunte cuánto serían su deducible y sus copagos para cada plan.

Si reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional de manera retroactiva, se le reembolsarán los pagos de las primas y costos compartidos retroactivos a la fecha en que comenzó la ayuda adicional. Usted deberá comunicarse con su plan para averiguar cómo obtener el reembolso.

ADDITIONAL INFORMATION:

Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage o en otro Plan de Salud de Medicare que

ofrezca cobertura de recetas médicas (MA-PDP), la ayuda adicional se aplicará sólo a la cobertura de medicamentos de su plan de recetas médicas.

Si no se inscribió en un plan Medicare para recetas médicas cuando fue elegible por primera vez **y** reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional, no tendrá que pagar la penalidad por inscripción tardía siempre que se inscriba en el plan para el 31 de diciembre de 2008. **En el 2009**, si se da de baja o nunca se inscribió en un plan, y si lleva un período de 63 días o más sin cobertura de medicamentos, se le aplicará una penalidad por inscripción tardía cuando se vuelva a inscribir en un plan de Medicare para medicamentos. Sin embargo, **no** se incluirán en el cálculo de la penalidad los meses del 2006, 2007, y 2008 en que usted no haya tenido cobertura de medicamentos.

Si reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional, no tendrá un período sin cobertura. En lugar de ello, usted pagará un copago o coseguro pequeño. Lo que usted paga en este momento podría ser más que la cantidad que pagaba antes por sus medicamentos. Sin embargo, esta cantidad nunca será más grande que la cantidad de copago o de coseguro para la cual le aprobaron. Si usted toma un medicamento que no está en el formulario o lista de medicamentos aprobados por el plan, tendrá que pagar el costo completo del mismo, incluso si recibe la ayuda adicional.

****CSR NOTE:** If the caller wants his or her copayment amount, go to the MA PDP tab.**

Si la prima mensual de su plan es más de \$1 por encima de la prima estándar del 2008 (\$2 mas de la prima del 2007) en su área, la ayuda adicional que reciba no cubrirá el costo completo de la prima. Lo que significa que usted tendrá que pagar una parte de la prima mensual. Por ejemplo, si la prima estándar en su zona es \$26.50 y la de su plan es \$29.50, usted tendrá que pagar a su plan los \$3 de diferencia todos los meses.

****CSR NOTE:** bGo to the Reference Materials document "2007 Low Income Subsidy Premium Amounts" or "2008 Low Income Subsidy Premium Amounts" to find the 2007 or 2008 LIS benchmark premium for the caller's area.**

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = [Coverage Gap Donut Hole](#)

REFERRAL = Medicare prescription drug plan, if the caller feels that he or she is being charged the wrong copayment amount or the caller has any other cost-related questions about his or her plan.

SCRIPT = Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment How to Enroll

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply, for information about the award letters.

REFERENCE MATERIAL = 2007 Low Income Subsidy Premium Amounts

REFERENCE MATERIAL = 2008 Low Income Subsidy Premium Amounts

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: Un plan de Medicare para recetas médicas no puede darle de baja por motivos relacionados con su salud. Su plan de Medicare para recetas médicas debe darle de baja si: <ul style="list-style-type: none">• usted ya no tiene Medicare.• usted se muda fuera del área de servicio del plan.• Medicare termina el contrato con el plan, o el plan deja de ofrecer cobertura.• usted intencionalmente oculta o falsifica información sobre el reembolso por cobertura de parte de terceros. En los casos en que el plan de medicamentos deba darle de baja al miembro, se le requiere al plan que envíe un aviso por escrito indicando la fecha efectiva de la desafiliación y otras formas en que se puede recibir los beneficios de Medicare. Su plan de Medicare para recetas médicas puede darle de baja si: <ul style="list-style-type: none">• usted no paga la prima. Una vez que el plan le notifica por escrito que debe pagar la prima, tendrá por lo menos un mes para pagarla. Si usted no paga durante ese período de gracia, el plan de medicamentos puede decidir, ya sea dejarlo inscrito o darle de baja del plan.• hubo fraude en el formulario de inscripción o en el uso de la tarjeta de identidad. Por ejemplo, usted le dejó usar su tarjeta a otra persona.• se comporta de una manera que le impide al plan brindarle servicios a usted o a otras personas.• su empleador termina su contrato con el plan. (Su empleador le notificará sobre sus opciones.) En los casos en que el plan de medicamentos puede darle de baja al miembro y lo hace , se le requiere al plan que envíe un aviso por escrito indicando la razón de la desafiliación, la fecha efectiva y explicando que la persona tiene derecho a pedir una audiencia.	
Tips: REFERRAL = Medicare drug plan	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Si su Plan Medicare Advantage ofrece cobertura para recetas médicas (MA-PDP), usted debe aceptar el plan de recetas médicas para poder quedarse en su plan. Lea con cuidado todos los materiales que reciba del plan.</p> <p>Si no tiene cobertura de recetas médicas y quiere añadirla durante un período de inscripción válido, puede:</p> <ul style="list-style-type: none">• preguntar a su plan actual para averiguar si ofrecen un plan para recetas médicas. Si lo ofrecen y usted desea quedarse en el plan, tendrá que obtener su cobertura de medicamentosa través de su plan de salud actual.• cambiarse a otro plan Plan Medicare Advantage en su área que ofrezca cobertura para recetas médicas o• cambiarse al Plan Original de Medicare e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. <p>**Use the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage" for enrollment period information.**</p> <p>Usted será dado de baja de su Plan Medicare Advantage (MA o MA-PDP) si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas (PDP). Regresará al Plan Original de Medicare para su cobertura de salud.</p> <p>Si está inscrito en un Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare que no ofrece cobertura de medicamentos, puede añadir esta cobertura durante un período de inscripción válido sin que eso afecte su inscripción en el plan. Si su plan ofrece cobertura de medicamentos, tendrá que tomar la cobertura del plan. No puede inscribirse en otro plan de medicamentos diferente.</p> <p>Si está en un Plan de Costo de Medicare que no ofrece cobertura de medicamentos, puede añadirla durante un período de inscripción válido sin que esto afecte su inscripción en el plan. Si su plan ofrece cobertura de medicamentos, puede obtenerla a través de su plan de costo o puede comprar por separado un plan de Medicare para recetas médicas, durante un período de inscripción válido.</p> <p>If the caller has Original Medicare and wants to join an MA-PDP, READ: Puede inscribirse o cambiarse a un plan MA-PDP durante el período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre). El cambio entrará en vigor el 1ro de enero del próximo año.</p> <p>Si no se inscriba en un plan durante un período de inscripción válido y no tiene cobertura acreditable, tal vez tenga que pagar una penalidad si se inscriba en un plan para recetas médicas más tarde.</p> <p>Tips: SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage TIP = Some Medicare Advantage Plans may pay all or part of the premium that pays for your prescription drug coverage and some may include all or part of the premiums for Part B and for Medicare drug coverage. Read the plan materials carefully or contact your plan to see if they do this.</p>	

Drug Coverage Formulary and Pharmacy Information **(Spanish)**

START » Use this script if the caller wants to know what drugs are covered by their plan or how to get their prescriptions filled. Click on the appropriate link depending on the caller's question:

Formulary Information	Formulary Exceptions
Formulary Restrictions (prior authorization, quantity limits, step therapy, generic substitutions)	Covered and Excluded Drugs and Supplies
Drug Transition	Drugs Removed from Formulary (Clopidogrel, Quinine)
Pharmacies (network, out-of-network, mail order)	How to Fill a Prescription

Drug Coverage Formulary (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

Todos los planes de Medicare para recetas médicas tienen un formulario, que es una lista de los medicamentos que cubre el plan. Debe incluir por lo menos dos en cada categoría y clase de medicamentos. Los planes podrían permitirle obtener un suministro de medicamentos para 30, 60 ó 90 días. Esto varía dependiendo del plan.

Su plan de Medicare para recetas medicas le debe proveer un formulario. El formulario debe cumplir con los requisitos de Medicare. Todos los cambios deben ser aprobados por Medicare. En general, un plan no puede cambiar la cobertura para los medicamentos que está tomando durante el año. Pero, su plan podría, por ejemplo, quitar un medicamento del formulario si las investigaciones comprueban que ese medicamento no es seguro o si hay disponible un nuevo medicamento genérico similar que cuesta menos.

El plan debe informarle por lo menos 60 días sobre cualquier cambio en el costo o la cobertura de sus medicamentos. Sin embargo, su plan puede quitar un medicamento inmediatamente del formulario si la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) considera que no es seguro o si se lo retira del mercado. Si esto ocurre, el plan le enviará una lista de otros medicamentos alternos que están en el formulario que podrían ser apropiados.

Los medicamentos del formulario pueden estar agrupados en distintos "niveles" de preferencia. Cada plan crea sus propios niveles de distintas maneras. Por ejemplo:

- **Nivel 1** - Medicamentos genéricos. Son los que generalmente cuestan menos. Los medicamentos genéricos tienen en su fórmula el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca, y podrían costar menos.
- **Nivel 2** - Medicamentos de marca preferidos. Éstos son los medicamentos de marca preferidos por el plan y podrían costar menos que los medicamentos de marca no preferidos.
- **Nivel 3** - Medicamentos de marca no preferidos. Por lo general, éstos son los que le costarán más. Normalmente hay un medicamento genérico o un medicamento de marca preferido como alternativa a un medicamento de marca no preferido. Éste podría costar más que un medicamento de marca preferido.

Tenga en cuenta que esto es solo un ejemplo. El formulario de su plan podría tener más o menos niveles y podría marcarlos en forma distinta.

Los planes de Medicare para recetas médicas tienen que ofrecer **Programas de Control de Medicamentos** para los miembros:

- que tienen más de un problema médico.
- los que toman muchos medicamentos.

- los que tienen costos altos de medicamentos.

Un Programa de Control de Medicamentos puede ayudarle a asegurarse de que usa el medicamento apropiado para tratar su problema médico y a detectar posibles errores en los medicamentos. Estos programas se ofrecen a miembros que cumplen ciertos criterios específicos. Si desea saber más, comuníquese con su plan.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = If the caller wants to know the formulary for a plan, go to the CSR Plan Finder Tool or refer the caller to the plan.

REFERRAL = Medicare drug plan

REFERENCE MATERIALS = Definitions (English)

SCRIPT = CS Medicare.gov Tools

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage Formulary Exceptions (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

Si un medicamento que usted toma no aparece en la lista del formulario de su plan, llame primero al plan y pregunte si está cubierto.

Si su plan no cubre el medicamento, puede pedirles:

- una lista de medicamentos similares que estén cubiertos. Cuando reciba la lista, hable con su médico para ver si puede tomar alguno de ellos en lugar del medicamento que no está cubierto.
- que hagan una excepción y cubran su medicamento. Su médico también puede presentar una excepción de parte de usted.

Usted puede pedir distintos tipos de excepciones. Puede pedirle a su plan:

- que cubran su medicamento incluso si no está en el formulario. [[CLICK HERE](#) for information if the drug is excluded]
- que lo eximan de las restricciones de cobertura tales como la autorización previa, terapia en etapas o límites a la cantidad de su medicamento.
- que le provean una mayor cobertura para su medicamento (solo si está en el formulario). Esto reducirá la cantidad que debe pagar.

Para obtener una excepción, debe comunicarse con su plan y pedir una decisión o determinación inicial de cobertura. Debe enviar una declaración de su médico apoyando su pedido. Generalmente, el plan debe tomar una decisión 72 horas luego de haber recibido su pedido. En la mayoría de los casos, si su plan aprueba, la excepción será válida por el resto del año. No se otorgan todas las excepciones. Si su plan no aprueba su pedido, en la mayoría de los casos podrá apelar la decisión.

Tal vez pueda recibir un suministro temporal de ese medicamento. Puede recibirlo:

- Si usted está dentro de los primeros 90 días de cobertura de un nuevo plan y
- Si usted fue inscrito automáticamente en un plan que no cubre su medicamento ○
- Si usted no sabía que el plan no cubría ese medicamento ○
- Si usted no sabía que podía pedir una excepción al formulario.

Después de recibir el suministro temporal, debe hablar con su médico para decidir:

- Si hay otro medicamento cubierto por el plan que pueda tomar,
- Si quiere pedir una excepción, o
- Si quiere cambiar a otro plan para recetas médicas (durante el período de inscripción).

READ: [Drug Coverage Transition](#), for more about temporary supplies.

ADDITIONAL INFORMATION:

Usted puede decidir comprar el medicamento y después presentar la solicitud de excepción. Si está en un centro de cuidado a largo plazo, su plan tiene que darle un suministro de emergencia del medicamento, aunque el medicamento no esté en el formulario

Si no le alcanza el dinero para comprar toda la receta antes de solicitar la excepción, quizás pueda obtener y pagar por una porción de esa receta. Para más información, por favor hable con su farmacéutico.

Si ya compró su receta y más tarde le aprueban la solicitud de excepción, usted puede enviar el recibo a su plan para que le reembolsen el costo. Para averiguar cómo pedir el reembolso, fíjese en su libro sobre Evidencia de Cobertura o llame directamente a su plan.

[TOP](#)[BACK](#)

TIP BOX:

TIP = Medicare drug plans must provide a formulary to their members.

REFERRAL = Medicare drug plan

TIP = If you have Medicare and Medicaid, you can switch plans at any time.

SCRIPT = [Drug Coverage Formulary](#)

SCRIPT = [Drug Coverage Formulary Restrictions](#)

SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

SCRIPT = RP Drug Coverage Denial Claim Enrollment Appeal, if the caller wants to file an appeal or if the caller has filed an appeal and it has been longer than 10 days.

Exceptions for Excluded Drugs (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

****[Click here](#) for information on excluded drugs.****

Si su medicamento está excluido de la cobertura de Medicare, quizás pueda o quizás no pueda solicitar una excepción para que su plan lo cubra. Independientemente de la necesidad médica, a los planes de Medicare para recetas médicas no se les permite cubrir medicamentos excluidos, a menos que el plan ofrezca beneficios adicionales (por los cuales usted podría pagar una prima adicional), y la cobertura de medicamentos excluidos es parte de ese beneficio adicional.

En algunas situaciones usted **puede** solicitar una excepción. Tales situaciones son:

1. La razón por la que usted usa el medicamento es diferente de la razón por la que éste está excluido. Por ejemplo, está tomando una medicina para tratar la diabetes que generalmente se usa para bajar de peso. El medicamento está excluido porque es un medicamento para bajar de peso.
2. El plan cubre el medicamento como un beneficio suplementario.
3. El plan clasificó el medicamento incorrectamente como un medicamento excluido de

Si usted llama a su plan de recetas médicas preguntando sobre la cobertura de un medicamento excluido, puede que no siempre se tramite como una excepción. En general, las preguntas sobre medicamentos excluidos serán tratadas como solicitudes de información o quejas, a menos que usted o su médico le soliciten al plan que cubra el medicamento por una de las tres razones mencionadas arriba.

CSR NOTE: [Click here](#) for more information about how to file an exception.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = [Drug Coverage Formulary Exceptions](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage Formulary Restrictions (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

Ciertos medicamentos están cubiertos por su plan. Puede que haya ciertas normas sobre cómo obtenerlos, por ejemplo:

- **Autorización previa** - Lo que significa que necesita autorización de su plan antes de que su plan cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad** - Por razones de seguridad y costos, su plan puede limitar la cantidad que cubre de dicho medicamento en un determinado período de tiempo.
- **Terapia en etapas** - En algunos casos su plan le requiere que primero pruebe los medicamentos menos costosos, que han sido eficaces en la mayoría de las personas para tratar un problema como el suyo, antes de cubrir otra medicina para ese problema. Por ejemplo, si el medicamento A y el B pueden usarse para tratar su problema de salud, su plan podría negarse a cubrir el medicamento B hasta que haya probado el A. Si el medicamento A no funciona, entonces el plan cubrirá el B. Sin embargo, si ya ha probado el medicamento similar de menor costo y no funcionó, o si su médico cree que debido a su condición médica es médicamente necesario que usted esté en una medicina de terapia en etapas, su médico puede comunicarse con el plan y pedir una excepción. Si el pedido de su médico es aprobado, el medicamento será cubierto.
- **Sustitución por un medicamento genérico** - Cuando haya disponible un sustituto genérico, las farmacias de la red del plan le venderán el medicamento genérico automáticamente, a menos que su médico haya indicado que usted debe tomar el medicamento de marca. Un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y por lo general cuestan menos que los de marca.

Usted o su médico o su farmacéutico puede averiguar si sus medicamentos tienen alguna restricción llamando al plan o fijándose en el formulario. Generalmente, autorización previa y Terapia en etapas no aplican a los medicamentos para el SIDA (AIDS) y el VIH (HIV).

****CSR NOTE:** [Click here](#) for more information on HIV and AIDs drugs.**

ADDITIONAL INFORMATION:

Si usted se encuentra en una "zona de emergencia", pueden despacharle inmediatamente otra receta de sus medicamentos si se perdieron o usted no sabe dónde están cuando ocurre la emergencia. Esto es válido incluso si la última receta fue llenada bajo una restricción de Límite de cantidad o si su receta había sido llenada recién antes de ocurrir la emergencia. Una "zona de emergencia" es un lugar donde se ha declarado un estado de emergencia bajo la Ley Stafford o la Ley de Emergencias Nacionales y una emergencia de salud pública.

Si usted recibe medicinas por correo o medicamentos de especialidad y el servicio se retrasó debido a una emergencia, usted debe llamar a su plan. En algunas circunstancias particulares, su plan puede hacer arreglos para que usted pueda recibir un suministro de medicamento para corto plazo en otro lugar.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

TIP = Medicare drug plans must provide a formulary to their members.
REFERRAL = Medicare drug plan

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage Covered and Excluded Drugs and Supplies (Spanish)

[TOP](#)
[BACK](#)

Los planes de Medicare para recetas médicas cubren:

- Medicamentos recetados (por lo menos dos medicamentos de cada categoría y clase). Formularios de los planes de Medicare para recetas medicas deben de incluir todos (o por lo menos casi todos) los medicamentos en los clases de inmunosupresores, antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivo, antirretrovirales, y antineoplásticos. Si actualmente esta tomando una medicina entre unos de esas clases, su plan no puede imponer requisitos de autorización previa y terapia en etapas. Fuzeon, **un medicamento que normalmente es usado entre los pacientes de VIH (HIV) y SIDA (AIDS)**, tendrá que estar listado en los formularios. Sin embargo, si usted esta usando este medicamento por primera vez, puede que necesitas una autorización previa.
- Productos biológicos. Un producto biológico es generalmente una droga o vacuna preparada a partir de organismos vivos y usados para diagnosticar, prevenir o tratar una condición médica. Algunos tipos comunes de productos biológicos son interferón, etanercept e infliximab.
- Algunas vacunas que no están cubiertas por la Parte B. Su plan podría poner ciertas [restricciones](#) sobre las vacunas, como una autorización previa. Su plan de Medicare para recetas médicas podría decidir que va a cubrir la vacuna contra el herpes zóster (culebrilla). Debe comunicarse con ellos para más información. Si su plan no cubre la vacuna, puede solicitarles una [excepción](#). La Parte B no cubre la vacuna contra el herpes zóster. **Sólo** en el 2007, Medicare Parte B cubrirá la administración de vacunas que sean cubiertas por su plan de Medicare para recetas medicas. (****CSR NOTE**: For information on **Vaccine coverage for 2008**, [Click here](#).**)
- Insulina.
- Suministros relacionados con la aplicación de la insulina, como jeringas, jeringas de seguridad, agujas, paños con alcohol y gasa. Las tiras de pruebas, lancetas y otros suministros para diabéticos que están cubiertos por la Parte B seguirán estando cubiertos por la Parte B. Si usted esta en un centro de enfermería especializada (SNF), su plan debe tener jeringas de seguridad en el formulario. **Por favor contacte a su plan para averiguar qué suministros cubre** y la información sobre los precios de los suministros cubiertos.

Por ley, su plan solo puede cubrir un medicamento, si:

- se vende sólo con receta médica,
- está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés),
- se usa y vende en los Estados Unidos y
- se usa por razones médicas.

Cada plan tiene una lista de los medicamentos que cubrirá. Esta lista se llama "**formulario**". Los planes no están obligados a cubrir **todas** las recetas o **todas** las marcas de insulina. (****CSR NOTE**: If the caller wants to know what drugs his or her plan covers, use the CSR Plan Finder Tool or refer the caller to the drug plan.**)

La ley de Medicare actualmente excluye 10 grupos de medicamentos de la cobertura:

1. Benzodiazepinas (ben-zo-dia-ze-pi-nas) (es decir, tranquilizantes, pastillas para dormir y pastillas para la ansiedad) Algunas versiones comunes de benzodiazepinas son Xanax, Valium y Ativan.
2. Barbitúricos (es decir, pastillas para dormir)
3. Medicamentos para aliviar el resfrío o la tos
4. Vitaminas y minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
5. Medicamentos para la anorexia, pérdida o aumento de peso
6. Medicamentos sin receta (de venta libre)
7. Medicamentos para el crecimiento del cabello o para propósitos cosméticos
8. Medicamentos que están cubiertos para la fertilidad
9. Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando los fabricantes requieren que compre una prueba o servicio de monitoreo asociados exclusivamente de ellos
10. Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil (**nuevo en el 2007**)

Su plan podría ofrecer cobertura adicional para algunos medicamentos excluidos. Por ejemplo, su plan podría cubrir las benzodiazepinas y podría cobrar una prima adicional. La cantidad que usted paga por estos medicamentos no cuenta para los gastos directos de su bolsillo de \$4,050 en el 2008 (\$3,850 en el 2007). Además, usted no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar por estos medicamentos.

Si tiene Medicare y Medicaid y su estado pagaba por cualquiera de estos medicamentos excluidos, aún podría pagarlos. Si usted vive en Tennessee, su estado no cubre ningún medicamento excluido.

- Si su farmacéutico recibió un **mensaje "drug not covered"** para un medicamento que antes estaba cubierto por Medicaid pero esta excluido por Medicare (especialmente en cuenta al benzodiazepinas y ácido fólico), tendrán que facturar a Medicaid después que reciben el denegada de el plan de Medicare por recetas medicas.
- Si su farmacéutico recibió un **mensaje "plan limits exceeded"**, puede significar que Medicaid cubro suministros a 31-días mientras que el plan de Medicare para recetas medicas están cubriendo sólo suministros a 30-días. Antes de llamar el plan para ayuda, su farmacéutico debería cambiar la cantidad y los días de los suministros para procesarlo de nuevo.

Puedo darle una lista de algunos de los medicamentos que su estado cubre.

(****CSR NOTE:** If the caller would like to know which drugs are covered by his or her Medicaid office, access the Reference Material document "State Medicaid Offices Covering Excluded Drugs".**)

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = [Drug Coverage Formulary](#), if the caller wants to know about what drugs the plans have to cover

SCRIPT = [Exceptions for Excluded Drugs](#)

REFERENCE MATERIAL = State Medicaid Offices Covering Excluded Drugs

SCRIPT = CC Durable Medical Equipment (DME) Covered/ Noncovered

WEB = If the caller has Internet access, he or she can view the list of the Medicaid-covered drugs here: <http://cms.hhs.gov/States/EDC/list.asp>.

REFERENCE MATERIAL = Part D Excluded Drugs, for a list of some of the products/drugs/drug categories and how they relate to the Medicare drug coverage.

[TOP](#)

[BACK](#)

Vaccine coverage for 2008

[TOP](#)

[BACK](#)

A partir del 1ro de enero de 2008, su plan de Medicare para recetas médicas pagará por los gastos asociados con una vacuna, siempre y cuando la vacuna esté en el formulario del plan.

Usted puede recibir la vacuna a través de cualquier proveedor, no importa si su proveedor pertenece a la red del plan o no. Si su proveedor pertenece a la red (tales como una farmacia que pertenece a la red del plan), el o ella enviará la cuenta por la vacuna directamente a Medicare, y usted será responsable por los costos compartidos y los costos de administración de la vacuna. Si el proveedor está fuera de la red del plan (como la oficina de un médico), el o ella le enviará la cuenta por la vacuna directamente a usted. Usted tendrá que comunicarse con su plan de Medicare para recetas médicas para presentar la reclamación para recibir un reembolso.

Si usted reúne los requisitos y le aprueban para la ayuda adicional, usted pagará un copago pequeño por los costos de administración de la vacuna.

Si por alguna razón, usted ya no está inscrito con un plan de Medicare para recetas médicas, puede que la Parte B de Medicare pague por los costos de administración de las vacunas.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = Medicare drug plan

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage Pharmacies (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

Su plan de Medicare para recetas médicas contrata a una red de farmacias para brindarle servicios. Generalmente, sus medicamentos están cubiertos por su plan sólo si usted usa una farmacia de la red o su servicio de pedido por correo. Tal vez haya farmacias preferidas, donde usted podría pagar menos por los medicamentos cubiertos. Si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de la receta.

Para comprar un medicamento en una farmacia de la red del plan, deber mostrar su tarjeta de miembro del plan o una carta del plan indicando que recibieron su solicitud. Si no tiene ninguna de las dos, tal vez tenga que pagar el costo total de la receta, aun si el medicamento está cubierto por el plan. Luego, debe enviar una reclamación al plan para que le reembolsen el costo de los medicamentos cubiertos. Para averiguar cómo presentar una reclamación, fíjese en su libro sobre Evidencia de Cobertura o llame directamente a su plan.

Si viaja a otro estado, pregunte a su plan si hay farmacias de la red en ese estado.

Su plan de medicamentos de Medicare sólo cubrirá las recetas compradas en una farmacia fuera de la red cuando no haya una farmacia de la red disponible **y** una de las siguientes condiciones aplica:

- Si está viajando dentro de los Estados Unidos o sus territorios y se enferma o se le acaba el medicamento.
- Si los medicamentos son para tratar una emergencia médica.
- Si no puede conseguir el medicamento cubierto a tiempo dentro del área de servicio del plan porque no hay una farmacia de la red cercana, que atienda las 24 horas.
- Si está tratando de comprar un medicamento que normalmente no está disponible en la farmacia de la red o en la farmacia de pedido por correo.

Antes de comprar sus medicamentos, pregunte a su plan si hay una farmacia de la red en el área donde usted los compra. Tal vez tenga que pagar la diferencia entre lo que pagará su plan en una farmacia de la red y lo que le cobre la farmacia que no pertenece a la red.

Su plan podría ofrecer un servicio de pedido por correo. Tal vez pueda usarlo para pedir medicamentos que toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o una condición médica que requiere tratamiento a largo plazo. No tiene la obligación de usar el servicio de pedido por correo. Siempre puede usar las farmacias de la red de su plan. (****CSR NOTE:** If a plan offers mail order services, but the CSR Plan Finder Tool doesn't have the mail order pricing listed, refer the caller to the plan.**)

El plan no pagará por los medicamentos comprados en farmacias fuera de los EE. UU. y sus territorios, aunque se trate de una emergencia médica. Esto también es válido para las farmacias que envían órdenes por correo.

Importar medicamentos al país es ilegal, sea por razones personales o por cualquier otra.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

TIP = Medicare drug plans must provide a formulary and pharmacy directory to their members. For the most current information, you should contact your plan by phone or visit their Web site.

REFERRAL = Medicare drug plan

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage Transition (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

Si está tomando un medicamento que no está en el formulario y está dentro de los primeros 90 días de cobertura de este plan, el plan debe darle 30 días de transición para que cambie su medicamento por otro del formulario, que sea similar al medicamento que está tomando, o para que solicite una excepción (a menos que su receta medica es para menos de 30 días).

****Read only for new enrollees:****

Si solo ha estado en su plan por los primeros 90 días, debe:

- Comunicarse con su plan para asegurarse de que todos sus medicamentos estén cubiertos.
- Hablar con su farmacéutico o su médico si está tomando un medicamento que no está en el formulario del plan, para averiguar si hay algún medicamento similar para reemplazar el que usted toma.
- Obtener una receta de su médico para el medicamento de reemplazo.
- Solicitar una excepción a su plan.

Una vez que el período de transición haya terminado, su plan de Medicare para recetas médicas no tendrá obligación de darle un suministro temporal del medicamento que toma.

Si no hizo la transición de su medicamento antes de que terminara el período de transición, puede:

- Llamar a su plan para averiguar sobre la cobertura temporal de su medicamento mientras se completa el proceso de excepción.

- Preguntar al farmacéutico si hay un medicamento genérico.
- Contactar a su médico para preguntarle sobre el medicamento similar cubierto por su plan.
- Llamar a su plan para pedir una determinación de cobertura o una excepción si su médico no cree que el medicamento similar funcionará para usted. Si es una situación de urgencia, puede pedirle al plan una revisión rápida, que debe completarse en 24 horas.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

TIP = If you pay for a drug that the plan does not cover, and then your exception or appeal is approved, the plan will be required to reimburse you up to the amount the plan would have paid if it covered the drug.

SCRIPT = [Drug Coverage Formulary Exceptions](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Drugs Removed from the Formulary (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

****Read this section if a caller is complaining that a drug was on the formulary when they enrolled in a drug plan, but now that drug is not covered.****

If the caller asks about Clopidogrel (the generic of Plavix):

En este momento, el Clopidogrel no se está comercializando debido a una disputa relacionada con la patente, pero algunas farmacias todavía lo tienen en inventario. Los planes pueden cubrir el Clopidogrel; sin embargo deben continuar cubriendo el medicamento de marca (Plavix) dentro del formulario de su plan y el mismo nivel. A los planes no les está permitido dejar de cubrir Plavix, cambiar el nivel o cambiar el manejo del uso de los medicamentos (por ejemplo, no pueden agregar requisitos para autorización previa, terapia en etapas o límite de cantidad del medicamento). Por favor llame a su plan de medicamentos para más información sobre la cobertura de este medicamento.

If the caller asks about Quinine:

Todos los productos no aprobados que contienen quinina, han sido retirados de los formularios de los planes de medicamentos de Medicare. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) ordeno a las compañías que dejen de fabricar productos no aprobados que contienen quinina en el 13 de febrero de 2007. Después del 13 de junio de 2007, las compañías no pueden hacer envíos de este tipo de productos. Hay

muchos medicamentos con sulfato de quinina que se comercializan sin la aprobación de la FDA para el tratamiento de la malaria (paludismo) y el tratamiento y/o prevención de calambres nocturnos de los músculos de las piernas y otras condiciones relacionadas. Cuando la FDA revisó las etiquetas de muchos de los productos con quinina no aprobados, descubrió que la información estaba incompleta. Esto podría contribuir a que se receten en forma inapropiada, produciendo efectos secundarios perjudiciales.

La acción tomada por la FDA no afecta los medicamentos con quinina que son comercializados con la aprobación de la FDA. La FDA ha aprobado un solo medicamento a base de quinina: el Quaaliquin (sulfato de quinina). Este producto fue aprobado únicamente para el tratamiento de la malaria (paludismo) sin complicaciones, ocasionado por el parásito *Plasmodium falciparum*.

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:**

TIP = **DO NOT LOG THESE CALLS AS COMPLAINTS.**

REFERRAL = Doctor or other provider

REFERRAL = Medicare drug plan

[TOP](#)[BACK](#)

How to Fill a Prescription (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

Cuando su médico le escribe una receta, puede comprar el medicamento en una de las farmacias de la red del plan o a través del servicio de pedido por correo del plan. Por favor comuníquese con su plan para ver si ofrecen el servicio de pedido por correo. ****See SCRIPT: [Drug Coverage Pharmacies Mail Order](#)****

Cuando vaya a su farmacia a que le despachen una receta, tendrá que llevar su tarjeta del plan o una carta de su plan indicando que recibieron su solicitud. Si no lleva esta información, el farmacéutico quizás tenga que buscar en su sistema para verificar si es elegible e identificar en qué plan se ha inscrito. Si esa información no está disponible, tal vez tenga que pagar el costo total del medicamento, aun si el mismo está cubierto por el plan. Si esto sucede, debe enviar una reclamación a su plan para que le reembolsen el costo. Para averiguar cómo presentar una reclamación, fíjese en el folleto "Evidencia de Cobertura" o llame a su plan directamente.

****CSR NOTE: If the caller joined a plan or was auto-enrolled into a plan and hasn't received anything from the plan yet, READ Drug Coverage Enrollment Plan Unknown.**

**

El farmacéutico buscará en la computadora para averiguar si el plan cubre su medicamento. También averiguará si le otorgaron la ayuda adicional y si tiene algún otro tipo de cobertura que le ayude a pagar por sus medicamentos. Después le dirá cuánto tiene que pagar por la receta. **Esto se hace mientras usted está en la farmacia.**

La cantidad que pague por los medicamentos cubiertos se tomará en cuenta automáticamente como parte del pago del deducible y otros beneficios del plan [**If the caller asks, this includes Initial Coverage Level, Coverage Gap, and/or Catastrophic Coverage.**] Su plan mantendrá un control de los gastos directos de su bolsillo.

Si el farmacéutico le dice que su medicamento no está cubierto por el plan, usted puede:

1. Hablar con su médico para ver si puede reemplazarlo por otro medicamento que esté cubierto por su plan, **o**
2. Llamar al plan y pedir una excepción. ****See the script: [Drug Coverage Formulary Exceptions](#)****

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = [Drug Coverage Pharmacies Mail Order](#)

SCRIPT = [Drug Coverage Formulary](#)

SCRIPT = [Drug Coverage Formulary Exceptions](#)

SCRIPT = Drug Coverage Cost Information

SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Plan Unknown

SCRIPT = Drug Coverage Plan Mailings LIS Mailings, for description of Evidence of Coverage

REFERRAL = Medicare drug plan

[TOP](#)

[BACK](#)

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Si la persona que llama pregunta si perderá su beneficio de cupones de alimentos, LEA: Si usted lo solicita y califica para la ayuda adicional de la cobertura para recetas médicas de Medicare, tal vez sus beneficios de cupones de alimentos disminuyan porque gastará menos en medicamentos. La cobertura de recetas médicas significa que le quedará más efectivo para gastar en comida dado que antes usaba ese dinero para pagar por sus medicinas. El valor de la ayuda adicional que recibirá para pagar por sus recetas médicas lo compensará ampliamente por cualquier pérdida en los beneficios de cupones para alimentos. Si la persona que llama pregunta si perderá la ayuda para la vivienda, LEA: Si usted lo solicita y califica para la ayuda adicional de la cobertura para recetas médicas de Medicare, no perderá la ayuda para la vivienda. Sin embargo, la ayuda podría ser reducida dado que gastará menos en medicamentos. La cobertura de recetas médicas significa que le quedará más efectivo para gastar en alquiler debido a que antes usaba ese dinero para pagar por sus medicinas. El valor de la ayuda adicional que recibirá para pagar por sus recetas médicas lo compensará ampliamente por la disminución de la ayuda para la vivienda. Si la persona que llama tiene preguntas sobre si perderá la ayuda para la energía, LEA: Si usted solicita y califica para la ayuda adicional de la cobertura para recetas médicas de Medicare, no perderá la ayuda para energía. Usted aún podrá recibir ayuda para los gastos de calefacción y para el aire acondicionado a través del Programa para Asistencia de Energía para Hogares de Ingreso Limitado (LIHEAP por sus siglas en inglés). Los niveles de elegibilidad para asistencia de energía del hogar son basados en su ingreso sin considerar sus gastos médicos.	
Tips: TIP = If caller gets the \$10 minimum food stamp benefit, their benefits may end. REFERRAL = Local welfare office or USDA if they have further questions about food stamp benefits. This number can be found in the caller's local phone book in the blue pages under the State Government listings. REFERRAL = Local housing authority or HUD if they have further questions about housing assistance. This number can be found in the caller's local phone book in the blue pages under the State Government listings. REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Food Stamps REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Housing Assistance	

Drug Coverage Plan Mailings LIS Mailings (Spanish)

START » Use this script if the caller received a letter or other mailing from a Medicare drug plan.

» ¿La carta que recibió es sobre la ayuda adicional, o algo que le envió por correo su plan de medicamentos?

[Extra Help Mailing](#)

[Plan Mailing](#)

Si usted se da de baja o cambia a otro plan de Medicare para recetas médicas o rechaza la cobertura de Medicare para medicamentos, dependiendo de cuándo el plan de Medicare reciba su notificación, tal vez siga recibiendo documentos de ese plan. Puede ignorar esos documentos.

EXTRA HELP MAILING

[TOP](#)

[BACK](#)

¿Qué número es la publicación que aparece en la parte de abajo de la carta, a la derecha?
Debería decir "CMS Pub. No." seguido de un número.

11154

Auto-Enrollment Notice

11166

Monthly Deemed Letter

11186

Facilitated Enrollment Notice (Full Subsidy)

11191

Facilitated Enrollment Notice (Partial Subsidy)

****If the caller lost his or her letter**, use probing questions to determine which letter it was.

**

****If the caller received a redetermination or reevaluation letter** (from the Social Security Administration) or a **redeeming** notice (CMS Pub. No. 11198 and 11199), please use the script "Drug Coverage LIS Extra Help Apply" [LETTER ABOUT LIS STATUS section].

****If the caller received a reassignment letter** (CMS Pub. No. 11208, 11209), please use the script "Drug Coverage LIS Plan Reassignments."******

AUTO-ENROLLMENT NOTICE 11154[TOP](#)[BACK](#)

Como usted tiene Medicare y Medicaid, recibió una carta en papel amarillo informándole que Medicare está cubriendo sus medicamentos recetados en lugar de Medicaid. La carta indica el nombre del plan en el que Medicare le está inscribiendo y la fecha en que comienza su cobertura. Incluye información sobre la prima, el deducible anual y los copagos del plan que Medicare ha escogido para usted. Además, explica cómo inscribirse en otro plan y cómo rechazar la inscripción automática de Medicare en un plan para recetas médicas. ****CSR NOTE: If the caller wants to opt-out, see the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage."****

Si desea inscribirse en un plan diferente, yo puedo ayudarle hoy mismo a comparar los planes para recetas médicas También puedo enviar su solicitud de inscripción.

If caller wants another copy of Auto Enrollment Notice, READ:

Podemos enviarle otra copia de la carta para que la guarde en sus archivos. Necesitaré obtener cierta información de usted. ****Do not read the procedure below to the caller.****

****REPLACEMENT NOTICE PROCEDURE****

Escalate to the Reference Center (RC). The caller will **not** receive a call back, so **do not** tell him or her that he or she will; and do **not** read the script "CS Reference Center and Press Media Questions or Unknown Letters." When you escalate the call, please include the following in the RC Entry Form after passing disclosure:

- "REPLACEMENT AUTO-ENROLLMENT LETTER,"
- the full name of the beneficiary,
- the complete address (including apartment or lot number),
- the phone number of the beneficiary, and
- the Medicare number (HICN).

****Reference Center CSRs ONLY, log: Drug Coverage LIS Auto Enrollment Notice Reference Center.****

[TOP](#)[BACK](#)

TIP BOX:

REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Auto Enrollment Notice

[TOP](#)

[BACK](#)

MONTHLY DEEMED LETTER 11166

[TOP](#)

[BACK](#)

Usted recibió este aviso porque nuestros archivos indican que actualmente recibe

- Beneficios completos de Medicaid;
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI); o
- Ayuda de su estado (Medicaid) para pagar sus primas de Medicare (Programa de Ahorros de Medicare).

Debido a que recibe este beneficio, usted también recibirá ayuda adicional para pagar por su cobertura de Medicare para recetas médicas. Usted no tiene que solicitar la ayuda adicional. Para aprovechar esta ayuda, tendrá que inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Si no se inscribe en un plan por su cuenta, Medicare le escogerá uno. Cuando comience su cobertura, gastará muy poco de su propio bolsillo. Por favor guarde esta carta para tener comprobante.

Yo puedo ayudarle hoy mismo a comparar los planes para recetas médicas También puedo enviar su solicitud de inscripción.

If the caller lost his or her letter, READ:

Lo lamento, pero no puedo enviarle otra copia de la carta. Medicare lleva un registro de todas las personas que deberían recibir la ayuda adicional. Cuando se inscriba en un plan, el plan sabrá automáticamente que usted debe recibir la ayuda adicional. Si desea saber el nombre del plan que Medicare escogió para usted, yo puedo ayudarle. (****CSR NOTE:** Go to the MA PDP tab to look up the plan.)

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

TIP = Supplemental Security Income (SSI) is a monthly benefit that is paid to people with limited income and resources who are disabled, blind, or age 65 or older. These benefits are not the same as Social Security benefits.

REFERENCE MATERIAL = Monthly Deemed Notice (#11166 and #11166-S)

FULFILLMENT = Deemed Notice Spanish (#11166-S)

[TOP](#)

[BACK](#)

FACILITATED ENROLLMENT NOTICE (FULL SUBSIDY) 11186

[TOP](#)

[BACK](#)

Usted recibió una carta de Medicare en papel verde porque recibe ayuda de su estado para pagar sus primas de Medicare (Programa de Ahorros Medicare), recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), o solicitó y calificó para recibir la ayuda adicional. La carta tiene el nombre del plan que Medicare escogió para usted y la fecha en que comienza su cobertura. Incluye información sobre la prima, el deducible anual y los copagos del plan que Medicare le ha escogido.

En la carta también hay una lista de otros planes en los que puede inscribirse. Además, explica cómo inscribirse en otro plan o rechazar la inscripción automática de Medicare en un plan para recetas médicas. ****CSR NOTE:** If the caller wants to opt-out, see the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage."**

Si desea inscribirse en un plan diferente, yo puedo ayudarle hoy mismo a comparar los planes para recetas médicas También puedo enviar su solicitud de inscripción. No hay límite en las veces que puede cambiar de plan y puede cambiar en cualquier momento durante el año.

If the caller has this or her letter, READ:

Lo lamento, pero no puedo enviarle otra copia de la carta. Medicare lleva un registro de todas las personas que deberían recibir la ayuda adicional. Cuando se inscriba en un plan, el plan sabrá automáticamente que usted debe recibir la ayuda adicional. Si desea saber el nombre del plan que Medicare escogió para usted, yo puedo ayudarle. (****CSR NOTE:** Go to the MA PDP tab to look up the plan.)

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

TIP = Supplemental Security Income (SSI) is a monthly benefit that is paid to people with limited income and resources who are disabled, blind, or age 65 or older. These benefits are not the same as Social Security benefits.

REFERENCE MATERIAL = Facilitated Enrollment Notice Full Subsidy 11186

FULFILLMENT = Facilitated Enrollment Notice Full Subsidy Spanish (11186-S)

[TOP](#)

[BACK](#)

FACILITATED ENROLLMENT NOTICE (PARTIAL SUBSIDY) 11191

[TOP](#)

[BACK](#)

Usted recibió una carta de Medicare en papel verde porque recibe ayuda de su estado para pagar sus primas de Medicare (Programa de Ahorros Medicare), recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), o solicitó y calificó para recibir la ayuda adicional. La carta tiene el nombre del plan en el que Medicare le está inscribiendo y la fecha en que comienza su cobertura. Incluye información sobre el plan que Medicare le escogió, basándose en su nivel de ingresos y recursos. Los costos mencionados incluyen información sobre la prima, el deducible anual y los montos de los copagos. ****CSR NOTE:** If the caller wants to opt-out, see SCRIPT the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug

En la carta también hay una lista de otros planes en los que puede inscribirse. Además, explica cómo inscribirse en otro plan o rechazar la inscripción automática de Medicare en un plan para recetas médicas. ****CSR NOTE:** If caller wants to opt-out, see SCRIPT "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage."

Si desea inscribirse en un plan diferente, yo puedo ayudarle hoy mismo a comparar los planes para recetas médicas También puedo enviar su solicitud de inscripción. No hay límite en las veces que puede cambiar de plan y puede cambiar en cualquier momento durante el año.

If the caller lost his or her letter, READ:

Lo lamento, pero no puedo enviarle otra copia de la carta. Medicare lleva un registro de todas las personas que deberían recibir la ayuda adicional. Cuando se inscriba en un plan, el plan sabrá automáticamente que usted debe recibir la ayuda adicional. Si desea saber el nombre del plan que Medicare escogió para usted, yo puedo ayudarle. (****CSR NOTE:** Go to the MA PDP tab to look up the plan.**)

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

TIP = Supplemental Security Income (SSI) is a monthly benefit that is paid to people with limited income and resources who are disabled, blind, or age 65 or older. These benefits are not the same as Social Security benefits.

REFERENCE MATERIAL = Facilitated Enrollment Notice Partial Subsidy 11191

FULFILLMENT = Facilitated Enrollment Notice Partial Subsidy Spanish (11191-S)

[TOP](#)

[BACK](#)

DRUG PLAN MAILING

[TOP](#)

[BACK](#)

¿Qué tipo de materiales le envió por correo su plan de medicamentos?

Initial Plan Mailing

Evidence of Coverage (EOC), Summary of Benefits, Formulary, Pharmacy Directory, Membership Card

Annual Plan Mailing

Annual Notice of Change (ANOC), Evidence of Coverage (EOC), Summary of Benefits, Formulary

Explanation of Benefits

CSR NOTE: Drug plans must offer these materials in other media types such as Braille, foreign languages, audio tapes, or large print.

[TOP](#)

[BACK](#)

INITIAL PLAN MAILINGS

[TOP](#)

[BACK](#)

Cuando se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas, su plan le enviará lo siguiente:

1. **Evidencia de Cobertura (EOC)** - Este folleto le brindará detalles sobre la cobertura de medicamentos y las normas del plan.
2. **Resumen de Beneficios** - Este documento le explicará brevemente qué beneficios le ofrece su plan.
3. **Formulario** - Tiene la lista de medicamentos cubiertos por su plan.
4. **Directorio de Farmacias** - Tiene la lista de las farmacias de la red de su plan.
5. **Tarjeta del Plan** - Es la tarjeta que utilizará para llenar sus prescripciones. Si su nombre en la tarjeta está incorrecto o necesita que se la reemplacen, por favor comuníquese con el plan. Su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare no cambiará.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de estos materiales, debe contactar a su plan de Medicare para recetas médicas.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = Drug Coverage Formulary and Pharmacy Information
REFERENCE MATERIAL = Model Drug Coverage Member
Identification Card
REFERENCE MATERIAL = Model MA PDP Member Identification
Card

[TOP](#)

[BACK](#)

ANNUAL PLAN MAILINGS

[TOP](#)

[BACK](#)

Cada año, su plan le enviará lo siguiente:

1. **Aviso Anual de Cambio (ANOC)** - Su plan debe avisarle sobre los cambios que hará a partir del 1ro de enero del año siguiente. Debe enviarle este aviso antes del 31 de octubre del año actual.
2. **Evidencia de Cobertura (EOC)** - Este folleto le brindará detalles sobre la cobertura de medicamentos y las normas del plan.
3. **Resumen de Beneficios** - Este documento le explicará brevemente qué beneficios le ofrece su plan.
4. **Formulario** - Tiene la lista de medicamentos cubiertos por su plan.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de estos materiales, debe contactar a su plan de Medicare para recetas médicas.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = Drug Coverage Formulary and Pharmacy Information
REFERENCE MATERIAL = 2008 Annual Notice of Change (MA-PDP)
REFERENCE MATERIAL = 2008 Annual Notice of Change (PDP)
REFERENCE MATERIAL = 2008 Annual Notice of Change (Cost Plan)

[TOP](#)

[BACK](#)

EXPLANATION OF BENEFITS

[TOP](#)

[BACK](#)

Su plan debe enviarle una **Explicación de Beneficios (EOB)** durante los meses en los cuales usted usó su plan Medicare para recetas médicas.

La Explicación de Beneficios debe incluir:

1. Una lista de los artículos o servicios que se pagaron y cuánto se pagó por cada uno de ellos.
2. Una notificación sobre su derecho a pedir una apelación o determinación de cobertura.
3. El total de gastos de su bolsillo hasta la fecha por:
 - o Su deducible anual
 - o La cantidad que paga por cada receta
 - o Los gastos directos de su bolsillo en los que pagó el 100%
 - o El total de gastos directos de su bolsillo (TROOP) que cuentan para el límite que debe cubrirse antes de que el plan empiece a pagar la parte más grande (hasta 95% de sus costos)
4. El total pagado por sus medicamentos hasta la fecha, por usted y por el plan.
5. Una descripción de cualquier cambio negativo en el formulario que a ocurrirá al menos en los próximos 60 días futuros.

Si tiene preguntas sobre su Explicación de Beneficios, por favor contacte a su plan de Medicare para recetas médicas.

Si recibe la ayuda adicional, su Explicación de Beneficios puede incluir información sobre

periodo sin cobertura ("coverage gap"). Usted no tendrá un período sin cobertura si califica para la ayuda adicional. En lugar de ello, pagará un copago o coseguro pequeño. Lo que usted paga en este momento puede ser más que la cantidad que pagaba antes por sus medicamentos. Sin embargo, esta cantidad nunca será más grande que la cantidad de copago o coseguro para la cual le aprobaron. ****CSR NOTE:** If the caller wants to know his or her copayment amount, go to the MA PDP tab**

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = Drug Coverage Cost Information
REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Model Explanation of Benefits (EOB)

[TOP](#)

[BACK](#)

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Si tiene Medicare y Medicaid, obtiene ayuda de su estado para pagar las primas de Medicare, o recibe beneficios de SSI, automáticamente reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional. También será elegible si la solicitó para recibir la ayuda adicional y se la aprobaron. Es importante que elija un plan Medicare de recetas médicas que responda a sus necesidades. Si no escoge un plan, Medicare lo hará por usted. Tiene que fijarse si el plan en el que lo ha inscrito Medicare cubre los medicamentos que usted necesita y si puede ir a la farmacia que prefiere.</p> <p>Caller has Medicare and Medicaid: Medicare cubre sus medicamentos en vez de Medicaid. Usted debe haber recibido una carta en papel amarillo con el nombre del plan que le escogió Medicare y la fecha en la que empieza su cobertura.</p> <p>Caller gets help from the state paying Medicare premiums, has SSI, or applied and qualified for LIS: Usted debe haber recibido una carta en papel verde con el nombre del plan que le escogió Medicare y la fecha en la que empieza su cobertura.</p> <p><u>Quizás aún pueda comparar planes de Medicare para recetas médicas y cambiarse a otro plan diferente.</u> Si se inscribe en un plan por su cuenta, es buena idea inscribirse a principios del mes para que reciba los materiales del plan antes de que comience su cobertura.</p> <p>Caller was auto/facilitated-enrolled and wants to switch plans, see SCRIPT: Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage. Después de que se inscriba, el plan sabrá automáticamente si usted debe recibir la ayuda adicional. La información se enviará a su plan a través de un sistema computarizado.</p> <p>Planes MA: Si califica para la ayuda adicional, puede recibir cobertura para recetas médicas como parte de un Plan Medicare Advantage (MA-PD). Si se inscribe en un MA-PD, recibirá toda su atención médica de Medicare a través de este plan, incluyendo recetas médicas. La ayuda adicional sólo cubrirá el costo de la prima básica para medicamentos y la parte de cobertura para recetas médicas de los costos de su plan. Usted tendrá que pagar cualquier diferencia.</p> <p>Tips: SCRIPT = Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment Plan Welcome Letter, if caller enrolled in a plan on their own, but then was auto-enrolled into a plan. TIP = The auto-enrollment process is random. Medicare chooses among available drug plans that have a premium at or below the premium for a standard plan in your region. TIP = You will only be auto-enrolled into an MA-PD if you are already in a Medicare Advantage Plan. TIP = If you are married, Medicare might not enroll you and your spouse in the same plan. If you or your spouse want to switch plans so you are both in the same plan, you can do this before the date your coverage starts or during one of the enrollment periods. SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage, if caller wants to opt out after being auto-enrolled or if caller wants to disenroll from a drug plan. SCRIPT = Drug Coverage Plan Mailings LIS Mailings TIP = SSI is a monthly benefit that is paid to people with limited income and resources who are disabled, blind, or age 65 or older. These benefits are not the same as Social Security benefits.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Usted puede inscribirse solo en un plan de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, en la mayoría de los casos, puede inscribirse en uno de estos planes aún si ya tiene cobertura de medicamentos de otro seguro.</p> <p>Tal vez no pueda tener la cobertura de recetas médicas de Medicare y la cobertura de medicamentos de empleador o jubilado si su empleador solicita por usted el subsidio de medicamentos de jubilados. Su empleador es responsable de explicarle cómo funciona su cobertura con la de Medicare.</p> <p>Coordinación de beneficios: Cuando se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas, en el formulario de inscripción, se le preguntará si tiene otra cobertura de medicamentos. Si responde que "sí", le harán una encuesta de seguimiento para averiguar qué otros tipos de cobertura tiene. Esta encuesta podría realizarse por teléfono, por correo o en persona. Medicare entonces trabajará con su otro seguro de medicamentos para ver quién pagará primero.</p> <p>Cuando compre su medicamento, la farmacia enviará una reclamación electrónica a su plan. Esa reclamación también se enviará a todos sus otros seguros que cubren recetas médicas. Después le informarán cuánto tendrá que pagarle a la farmacia. Este proceso se realizará mientras espera que le entreguen el medicamento.</p> <p>Si hay un cambio en su cobertura, tendrá que avisarle a su plan Medicare de recetas médicas.</p> <p>Quién paga primero: Su plan de Medicare para recetas médicas pagará primero si:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Usted está jubilado o no trabaja.2. Usted o su cónyuge trabajan, y<ul style="list-style-type: none">• El lugar donde usted o su cónyuge trabajan tiene menos de 20 empleados (si usted tiene más de 65 años)• El lugar donde usted o su cónyuge trabajan tiene menos de 100 empleados (si usted es incapacitado)3. Su cobertura no está basada en su empleo. <p>El seguro de compensación del trabajador y la cobertura de responsabilidad pública o de responsabilidad civil pagarán antes de el plan de Medicare para recetas médicas. El seguro de compensación no es considerado como seguro acreditable.</p> <p>TROOP (costos reales de gastos de su bolsillo): Otros planes pueden trabajar con Medicare y además ayudarle con sus copagos, deducible y gastos para cubrir las faltas de cobertura ("gaps"). Sin embargo, cualquier pago hecho por otra compañía de seguro, no será tomado en cuenta para llegar a su límite catastrófico. El límite catastrófico se alcanza cuando usted ha gastado \$4,050 en el 2008 (\$3,850 en el 2007) de su bolsillo y entonces Medicare comienza a pagar el 95% del costo de sus medicamentos. **CSR NOTE: Keep in mind that plan costs may vary. If the caller wants additional information on the standard costs for plans, go to the script "Drug Coverage Cost Information."**</p> <p>Tips: REFERRAL = Medicare prescription drug plan REFERRAL = Third Party Insurance Benefits Administrator SCRIPT = MP MSP Who Pays First Overview SCRIPT = Drug Coverage Cost Information (OUT OF POCKET TROOP) SCRIPT = Drug Coverage and Other Coverage SCRIPT = RP Drug Coverage Denial Claim Enrollment Appeal, if the caller was denied enrollment into a drug plan because his or her employer is claiming him or her for the retiree drug subsidy.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: NOTA AL CSR: Lea si la persona que llama se identifica como un/a farmacéutico/a o de una farmacia. Las personas que tienen cobertura de medicamentos de Medicare solamente pueden usar farmacias que tengan contratos con planes Medicare para recetas médicas. Si usted tiene preguntas generales sobre estos planes, se puede conectar a través del:</p> <p>http://www.cms.hhs.gov/Pharmacy/</p> <p>Usted también puede ir a este sitio Web si su farmacia no tiene contrato con un plan de Medicare para recetas médicas y quiere más información sobre cómo hacer un contrato con un plan.</p> <p>Si su farmacia tiene contrato con un Plan de Medicare para Recetas Médicas y usted tiene preguntas sobre facturas/pagos u otros procesos generales, entonces tendrá que comunicarse con el patrocinador del plan de recetas médicas para que le dé respuestas a sus preguntas.</p> <p>NOTA AL CSR: Lea si la persona que llama se identifica como un empleador: Si usted tiene preguntas sobre el Subsidio para Medicamentos del Empleador puede llamar al 1-877-737-4357 o ir al sitio Web de RDS:</p> <p>http://rds.cms.hhs.gov/</p> <p>Si usted tiene preguntas sobre determinaciones de cobertura acreditable, divulgación de información u otros detalles sobre pólizas, puede ir a la página 'Employer Partner':</p> <p>http://www.cms.hhs.gov/EmplUnionPlanSponsorInfo/</p>	
Tips: (Maximum 900 characters including spaces)	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: **CSR NOTE: Read this script if the caller states that their his or her employer or union is dropping their his or her retiree health and/or drug coverage.**	
Read if caller asks if employers or unions can legally drop their coverage:	
Medicare insta a los empleadores y sindicatos a continuar brindando cobertura de salud y/o de recetas médicas a sus jubilados. Sin embargo, Medicare no puede obligarlos a hacerlo si ellos deciden no brindarla.	
Read if caller asks where they can report the cancellation of their coverage about management of employee benefit plans:	
Medicare no supervisa la forma en que se manejan los planes de beneficios para los empleados. La Administración para la Seguridad de Beneficios a los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (EBSA, por sus siglas en inglés) y el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) supervisan conjuntamente los planes de beneficios para empleados del sector privado. Usted puede informarse sobre cómo notificar una cancelación en su cobertura, llamando a la Administración para la Seguridad de Beneficios a los Empleados al 1-866-444-3272. Puede también hacer preguntas sobre su cobertura y sobre cómo está cambiando. Un Asesor de Beneficios responderá a sus preguntas y le explicará sus derechos de acuerdo a la ley.	
Si desea presentar una queja sobre una cancelación en su cobertura, puede llamar a la Administración para la Seguridad de Beneficios a los Empleados, del Departamento de Trabajo, al 1-866-444-3272. Un Asesor de Beneficios registrará su queja y le explicará sus derechos de acuerdo a la ley.	
CSR NOTE: The EBSA hours of operation depend on the caller's region. He or she will need to call the EBSA to find the hours of operation for his or her region.	
Tips: REFERRAL = United States Department of Labor Employee Benefits Security Administration (EBSA), 1-866-444-EBSA (1-866-444-3272)	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
-----------------------	------------------------------

Script:(Maximum 1900 characters including spaces)

Su territorio podría brindarle ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas.si usted tiene Medicaid.

PREGUNTE: ¿Tiene usted Medicaid?

SI LA RESPUESTA ES "NO": A pesar de que no puede recibir la ayuda adicional, tal vez aún pueda inscribirse en un plan para recetas médicas. **Vaya a "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage"

SI LA RESPUESTA ES "SÍ": **Continúe con la información del territorio de la persona que llama.

Puerto Rico:

Usted puede obtener cobertura de Medicare para recetas médicas de 3 maneras.

1. Puede quedarse con Reforma (Medicaid) y seguir con la cobertura de medicamentos de este plan.
2. Puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas que tenga un contrato con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ASES). Este plan cubrirá toda su atención médica de Medicare, incluyendo las recetas médicas, la atención del médico y la del hospital.
3. Puede inscribirse en un plan para recetas médicas que no tenga un contrato con ASES. Sin embargo, tendrá que pagar el costo adicional de la prima mensual y otros copagos, coseguro y deducibles de su bolsillo.

Usted puede cambiar de planes mensualmente. SOLAMENTE puede cambiar o dejar un plan que tenga contrato con ASES. Si deja un plan, usted debe regresar a Reforma.

Si desea más información sobre las primeras dos opciones, llame a Medicare Platino al 1-800-981-2737.

Islas Vírgenes de EE.UU.:

Usted puede inscribirse ya sea en:

- Community Care Rx Basic o en
- United Health Care

Medicaid pagará por cualquier medicamento que no cubra su plan de Medicare para recetas médicas. Si desea más información, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 340-772-7368.

Guam, Samoa Americana o CNMI (Islas Marianas del Norte):

Medicaid continuará pagando por sus medicamentos. **Vea la información del territorio de la persona que llama.**

- GUAM: Usted no tiene que hacer nada. Si desea más información, llame al SHIP al 671-735-7399.
- SAMOA AMERICANA: Si necesita medicamentos especiales, tal vez pueda conseguirlos más fácilmente. Para más información, llame a la oficina de Medicaid del LBJ Tropical Medical Center, al 684-633-4590.
- CNMI: Usted no tiene que hacer nada.

Tips: (Maximum 900 characters including spaces)

TIP = For residents of Puerto Rico: Reforma drug coverage is considered to be creditable prescription drug coverage. This means that there will be no penalty to a person who is receiving drug coverage through Reforma, but decides to change to a MA-PD or PDP later.

TIP = If caller lives in Puerto Rico and travels often to the United States, they can join a drug plan in the US in addition to keeping their Reforma (Medicaid) plan while in Puerto Rico.

TIP = Residents of Puerto Rico follow the same election period rules as residents of the continental United States. The only difference is that dual eligible beneficiaries are restricted in the **type** of change that can be made.

REFERENCE MATERIAL = 2005 State Medicaid Program Name, if caller doesn't know the name of the Medicaid program or isn't sure if they're in one.

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: **Use este guión sólo si <u>alguien de un asilo de ancianos</u> llama para confirmar cuál es el plan de Medicare para recetas médicas en que está inscrito el residente.**	
Entiendo que está llamando de un asilo de ancianos para averiguar en cuál plan de Medicare para recetas médicas está inscrito su residente. Puedo ayudarle ahora o puede enviar su pedido por fax (Vea Tip).	
Para obtener esta información para menos de 300 residentes, puede enviar un fax al 1-785-830-2593 o enviar la solicitud por correo. Para obtener información para más de 300 residentes, tendrá que pedirla por correo a: 1-800-Medicare Nursing Home Requests 3833 Greenway Drive Lawrence, KS 66046-5504	
Por favor incluya en la carátula: <ul style="list-style-type: none">• la fecha en que envía el fax,• el número de páginas (incluyendo la carátula),• un número de fax,• una dirección para enviarle los documentos,• el nombre de una persona de contacto y un teléfono,• la siguiente declaración firmada por un representante del asilo de ancianos: <i>Doy fe de que la información de inscripción en los planes de Medicare para recetas médicas que será proporcionada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) será usada por el asilo de ancianos solamente para propósitos de la cobertura de Medicare para recetas médicas.</i>	
Puede solicitar información sobre varias personas en un solo pedido.	
Después de la carátula, por favor incluya la siguiente información sobre el beneficiario: <ul style="list-style-type: none">• el nombre y apellido del beneficiario (escrito claramente en imprenta o a máquina),• el número de Medicare,• la fecha de nacimiento,• la dirección (si es diferente de la dirección de la institución) y• si el beneficiario tiene la Parte A de Medicare, la Part B, o ambas.	
Después de recibir información exacta sobre el beneficiario, la información del plan del beneficiario se enviará por correo, dentro de los 10 días laborables, a la dirección de remitente de la institución. **NOTA AL CSR: Si la persona que llama dice que han pasado más de 10 días, por favor envíe un correo electrónico (email) a Phil Deamer en Lawrence, KS (phil.deamer@vangent.com). Debe incluir: el nombre del asilo de ancianos, la fecha del primer pedido, el nombre de quien llama y el número de teléfono.**	
Tips: TIP = If caller is a nursing home representative and they have a "low income subsidy batch problem", you can provide LIS co-pay information from the LIS Tab if caller can pass disclosure. TIP = Remember that you can give the plan information over the phone. This script should only be used if the caller doesn't have time or if the caller specifically asks about the fax procedure. TIP = If the nursing home representative wants the information for more than 300 residents, they cannot make the request by fax. They can only request it by mail. SCRIPT = CS Long Term Care LTC, if caller just wants information on how the Medicare drug coverage will work with people in Nursing Homes	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: Si reside en más de un estado o viaja a menudo, tal vez le convenga inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas que ofrezca cobertura nacional. Esto significa que usted podrá comprar sus recetas médicas en las farmacias de la red ubicadas en cualquier parte del país. También puede inscribirse en un plan local en el que participan farmacias que operan a nivel nacional. El plan no pagará ninguna receta despachada por farmacias ubicadas fuera de Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera los medicamentos preparados por motivos de emergencia médica. Esta norma también se aplica a las farmacias que despachan recetas por correo. Si esta inscrita en un plan de Medicare para recetas médicas, puede llamar al plan para averiguar si hay farmacias que pertenecen a la red que operan en su área. ¿Quiere que le ayude a buscar un plan de medicamentos que ofrezca cobertura en más de un estado? **CSR NOTE: In the CSR Plan Finder Tool, click on the plan name and "View important notes and benefit summary." In that window, it will say if the plan offers national coverage.** If the caller permanently moves to another state and wants to switch plans, Read the script: "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage" If the caller permanently moves and needs to report an address change, READ: Por favor comuníquese con su plan de recetas médicas si hay algún cambio en su información personal, como por ejemplo, su nombre, dirección y número de teléfono. If the caller was deemed eligible for the extra help, READ: Si reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional automáticamente, la seguirá recibiendo mientras no cambie su situación financiera. Recibirá la ayuda adicional por lo menos hasta el final del año. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, para sus siglas en inglés) le notificarán si su estado cambia. **CSR NOTE: Read the script "Drug Coverage LIS Extra Help Apply" if the caller received a letter from CMS on gray or orange paper.** If the caller applied for the extra help through SSA and was approved, READ: Si reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional, la recibirá por lo menos hasta el final del año. Si se muda en forma permanente a otro estado, el Seguro Social le avisará cuándo tiene que volver a solicitarla. Sin embargo, tendrá que notificar al Seguro Social si su estado de matrimonial cambia. If the caller applied for the extra help through the state Medicaid office and was approved, READ: Si se muda en forma permanente a otro estado, tendrá que solicitarla otra vez comunicándose con la oficina de Medicaid del estado nueva . También, debe notificar a la oficina de Medicaid de cualquier cambio a su estado matrimonial. Tips: REFERRAL = Medicare drug plan REFERRAL = Social Security Administration, if the caller applied for the extra help with SSA. REFERRAL = State Medicaid Office, if the caller applied for the extra help with Medicaid. SCRIPT = CS Medicare.gov Tools SCRIPT = Drug Coverage Formulary and Pharmacy Information, if the caller is traveling to another state and doesn't have a national plan. SCRIPT = CS Referrals to SSA, if the caller needs to change his or her address with Medicare (in addition to contacting the drug plan) SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply	

Plan Specific Humana First Seniority Freedom United Sierra Health Universal American MemberHealth (Spanish)

START » This script should be used if the caller has specific questions or issues with one of the below plans.
Which plan is the beneficiary asking about?

Humana	First Seniority Freedom - Harvard Pilgrim Health Care Inc. (H7226)
United Health Group / Sierra Health Services (MERGER)	Universal American Financial / MemberHealth, Inc. (Community Care Rx) (MERGER)
Sierra Health Services (DISENROLLMENTS)	United Healthcare (ERRONEOUS CHECKS)

What is the caller's issue? (Spanish)

Complaints about Humana
(For use by Pilot CSRs only)

**Possible change with Banner Health
Systems in Maricopa County, AZ**

**Letter about drugs that are no longer
being covered**

**Erroneous duplicate checks sent the
week of 5/7/07**

[TOP](#)

[BACK](#)

Complaints about Humana - Pilot (Spanish)

[TOP](#)
[BACK](#)

****This portion is for Humana Pilot CSRs only. Read if caller has complaints about his Humana drug plan.****

****CSR NOTE: Assist the caller as much as possible before transferring to Humana.****

Yo puedo transferirle a Humana si su queja se trata de alguno de los siguientes asuntos:

- problemas urgentes (por ejemplo, si está en la farmacia y no puede obtener sus medicamentos);
- la desafiliación o cancelación de su plan (por ejemplo, si le dieron de baja por error);
- la inscripción en un plan de medicamentos (por ejemplo, si desea consultar el estado de su solicitud) y
- cambios de plan (por ejemplo, si usted está cambiando a otro plan ofrecido por Humana).

****The speed dial code to Humana is *0193. Give the Humana representative the beneficiary's HICN, name, zip code, and LIS copayment amount.****

Puedo darle el número de Humana si tiene preguntas sobre otros asuntos, como por ejemplo:

- la autorización (por ejemplo, permiso para obtener ciertos medicamentos que tienen restricciones);
- facturación y reclamaciones;
- los requisitos de participación y
- las tarjetas de afiliación.

Por favor llame a Humana para hacer consultas sobre cualquiera de estos temas. Su número es 1-800-281-6918.

If caller's issue is related to LIS:

****Please check the MA PDP tab (LIS History or Deemed Eligible History applet) to confirm LIS eligibility and copay amount.****

Según nuestros datos, su copago es de [AMOUNT]. ¿Es ésta la cantidad que está pagando ahora?

YES, READ: Esta es la cantidad que se le ha aprobado en concepto de ayuda adicional.

****CSR NOTE: If caller believes they have documentation showing a different approval level, go to the PDP Plan Referral".****

No: **CSR NOTE: Check the CSR Plan Finder Tool. Are the drugs that the caller is taking on the formulary (lista de medicamentos cubiertos) and is the caller using a network pharmacy?*

NO, READ:

Si compra un medicamento que no está en la lista (o formulario) de medicamentos cubiertos por el plan o va a una farmacia que no pertenece a la red del plan, su copago será más alto.

YES, READ:

Por favor, permanezca en la línea mientras le comunico con su plan de recetas médicas de Humana. ****CSR NOTE:** The speed dial code to Humana is *0193. Give the Humana representative the beneficiary's HICN, name, zip code, and LIS copayment amount. ******

[TOP](#)

[BACK](#)

Possible change with Banner Health Systems in Maricopa County, AZ **(Spanish)**

[TOP](#)

[BACK](#)

Usted debió recibir de Humana una carta en la que le explican que puede haber un cambio en su red de hospitales. Humana está trabajando con Banner Health Systems para llegar a un acuerdo para que Banner Health Systems permanezca en la red de proveedores de Humana.

Si no se llega a un acuerdo, los hospitales de Banner Health System dejarán de pertenecer a la red de proveedores de Humana. Si este fuese el caso, Humana continuará cubriendo los servicios recibidos en los hospitales de Banner Health System como si fueran parte de la red de proveedores hasta el fin del año natural. A partir del 1 de enero del 2008, no se cubrirá la atención no urgente recibida en los hospitales de Banner Health System.

Una vez que se haya tomado una decisión, se le enviará una segunda carta. Si tiene preguntas, debe comunicarse con Humana llamando al 1-800-457-4708. El horario de atención es de lunes a viernes, de las 8 de la mañana a las 6 de la tarde, hora del este.

TIP BOX:

REFERRAL = Humana, 1-800-457-4708 or TTD 1-800-833-3301
REFERENCE MATERIAL = Humana HMO Letter - Banner Health Systems
REFERENCE MATERIAL = Humana PPO Letter - Banner Health Systems

[TOP](#)

[BACK](#)

Letter about drugs that are no longer being covered **(Spanish)**

[TOP](#)

[BACK](#)

Humana envió aproximadamente 9,700 cartas a los afiliados al plan informándoles sobre los medicamentos que ya no están cubiertos por Medicare y Humana. Las cartas se enviaron a partir del 19 de marzo del 2007.

Si recibió la carta y tiene preguntas, comuníquese por teléfono con Humana o visite su sitio en Internet www.humana.com.

TIP BOX:

REFERRAL = Humana at 1-800-457-4708

REFERENCE MATERIAL = Humana Letter – Part D Drugs No Longer Covered

SCRIPT = Drug Coverage Formulary and Pharmacy Information, for information about formularies, excluded drugs, and filing exceptions

[TOP](#)

[BACK](#)

Erroneous duplicate checks sent the week of 5/7/07 (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

Durante la semana del 7 de mayo del 2007, aproximadamente 22,000 copias de cheques se enviaron por correo a los afiliados de Humana. Si usted recibió uno de esos cheques y trata de depositarlo, no autorizarán el pago del mismo, ya que es copia de un cheque que usted ya había recibido. En tal caso, su banco le enviará un aviso del rechazo del cheque por falta de fondos.

Humana está llamando a todos sus afiliados para que rompan la copia del cheque. Si usted depositó los dos cheques, Humana le reembolsará cualquier comisión bancaria que se le haya cobrado.

Si tiene preguntas, por favor comuníquese con Humana.

TIP BOX:

REFERRAL = Humana at 1-800-457-4708

First Seniority Freedom - Harvard Pilgrim Health Care Inc. (H7226) (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

La compañía de seguros Harvard Pilgrim Health Care (H7226) ha descubierto que se dispuso, por error, que las primas de algunos afiliados al plan de salud First Seniority Freedom se dedujesen del pago del Seguro Social.

La compañía Harvard Pilgrim Health Care, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Administración del Seguro Social están trabajando conjuntamente para corregir este error. Si usted es afiliado a este plan y tiene preguntas en relación con este error, sírvase llamar al número para servicios a afiliados del plan First Seniority de Harvard Pilgrim. El número es 1-800-421-3550.

TIP BOX:

REFERRAL = Harvard Pilgrim Health Care at 1-800-421-3550

[TOP](#)

[BACK](#)

United Health Group / Sierra Health Services (merger) **(Spanish)**

[TOP](#)

[BACK](#)

If caller asks about the merger between United Health Group and Sierra Health Services, READ:

Las compañías de seguros United Health Group y Sierra Health Services anunciaron recientemente su intención de unir ambas compañías. Se espera que la fusión se realice para finales del 2007 o antes.

Si usted está inscrito en un plan que pertenece a Sierra Health Services, debe leer atentamente todos los documentos que reciba de esa compañía o de United Health Group. También puede comunicarse con Sierra Health Services llamando al número que aparece al reverso de su tarjeta de afiliación.

TIP BOX:

REFERRAL = Sierra Health Services

TIP = If the caller was inappropriately disenrolled from Sierra Health Services, [click here](#).

[TOP](#)

[BACK](#)

Sierra Health Services (disenrollments) (Spanish)

[TOP](#)[BACK](#)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están al tanto de que algunos beneficiarios tienen problemas con la compañía de seguros Sierra Health Services. Hay un gran número de quejas que tratan de la desafiliación involuntaria del plan SierraRx Plus a partir del 1 de marzo del 2007.

Si su cobertura fue cancelada erróneamente, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están trabajando con Sierra Health Services para asegurarse que se lo reintegre al plan SierraRx Plus. Sierra Health Services reactivará su inscripción de forma retroactiva al 1 de enero del 2007. Sierra se comunicará con usted dos veces, una vez por teléfono y otra por escrito. Lo llamarán por teléfono para avisarle que lo han reincorporado al plan y que enviarán una carta a todos los beneficiarios afectados. Esta carta le indica que, al igual que en la mayoría de los casos, usted podrá recibir un reembolso en su farmacia local por los medicamentos que compró mientras no estaba en el plan. También le explica cómo solicitar el reembolso directamente a Sierra Health Services.

Si usted compró medicamentos recetados durante el período de tiempo en que no se lo consideró inscrito en SierraRx Plus, debe guardar los recibos. Una vez que esté nuevamente en el plan, tendrá que solicitar una reclamación por esos medicamentos. Siga las instrucciones indicadas en la carta para obtener el reembolso.

****CSR NOTE:** Use the probing questions in the PDP Plan Referral in the Surveys tab. When appropriate (such as an inappropriate disenrollment), file a complaint. If the caller received a reinstatement notice, do not file a complaint.**

TIP BOX:

REFERRAL = Sierra Health Services

TIP = Since March 22, 2007, Sierra Health Services has contacted State AIDS Drug Assistance Programs (ADAPs) to provide notification that their clients' SierraRx Plus Medicare drug plan enrollments have been reinstated.

TIP = If the caller heard that Sierra Health Services is merging with United Health Group, [click here](#).

[TOP](#)

[BACK](#)

United Healthcare (Erroneous Checks)**(Spanish)**

[TOP](#)

[BACK](#)

La compañía de seguros United Healthcare descubrió recientemente que miles de cheques se enviaron por error a los afiliados a su plan de recetas médicas. Los cheques se expidieron por cantidades que varían entre \$12 y \$15,000, y la mayor parte de las personas afectadas por el error eran los afiliados al Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Illinois. United Healthcare ha solicitado la suspensión de pago de todos los cheques que se

enviaron erróneamente.

United Healthcare tiene previsto comunicarse con sus afiliados inmediatamente para dar aviso del error e informarles que los cheques son inválidos. El plan espera comunicarse con sus miembros antes de que ellos traten de cobrar los cheques y, por lo mismo, se encuentren obligados a pagar comisiones bancarias. La empresa ha creado un proceso de reembolso para aquellas personas que traten de cobrar el cheque y, por eso, tengan que pagar alguna comisión.

Si usted tiene preguntas sobre el proceso de reembolso o desea saber si el cheque que recibió es válido, por favor comuníquese con United Healthcare.

TIP BOX:

REFERRAL = United Healthcare

[TOP](#)

[BACK](#)

Universal American / MemberHealth (merger) (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

If caller asks about the merger between Universal American Financial Corp. and MemberHealth, Inc., READ:

La compañía de seguros Universal American Financial (también conocida como "Universal American") y la empresa MemberHealth anunciaron recientemente su intención de unir ambas compañías. Se espera que la fusión se realice para los primeros meses de otoño del 2007.

Si usted está inscrito en un plan que pertenece a la empresa MemberHealth (como por ejemplo, el plan Community Care Rx), debe leer atentamente todos los documentos que reciba de esa compañía o de Universal American. También puede comunicarse con MemberHealth llamando al número que aparece al dorso de su tarjeta de afiliación.

TIP BOX:

REFERRAL = MemberHealth, Inc.

[TOP](#)

[BACK](#)

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: <u>**Este guión debe leerse SOLAMENTE a los farmacéuticos que llaman con preguntas sobre subsidios por bajos ingresos (LIS). Puede proveer información de LIS a los farmacéuticos que tengan el SSN o el HICN del beneficiario.**</u>	
Si una persona que califica para LIS no sabe en qué plan ha sido inscrita, ya sea automáticamente o por el proceso facilitado: Usted debe realizar búsqueda "enhanced E1" (llamada búsqueda E1 o "E1 query" en 2006) para comprobar la inscripción al plan de medicamentos. Si con la búsqueda "enhanced E1" aparece el RxBIN-RxPCN-RxGrp-RxID (los datos "4Rx") y el número 800, debe facturar a ese plan. Si mediante "enhanced E1" sólo aparece el número 800 del plan, debe llamar a ese número para obtener la información sobre la facturación. Si la búsqueda "enhanced E1" no tiene una respuesta que corresponda a la búsqueda, deberá asegurarse de la elegibilidad para Medicare a través de una búsqueda E1 más amplia. También debe revisar la elegibilidad para la ayuda adicional. Puede verificarla a través de la historia clínica del paciente, una tarjeta de Medicaid, una carta actual de Medicaid, un comprobante de que recibe beneficios de SSI o la carta en la que le otorgaron la ayuda adicional.	
Si se determina la elegibilidad para la ayuda adicional, pero no se encuentra la inscripción al plan: Una vez que la búsqueda "enhanced E1" no ha dado resultado y usted verifica que la persona califica para la ayuda adicional, debe enviar la factura al contratista de Punto de Servicio (POS Contractor) (Anthem). Esto permitirá que le despachen la receta médica y que comience el proceso de inscripción. (NOTA AL CSR: Si el farmacéutico no sabe cómo facturar al Contratista de POS, vea el Guión, Drug Coverage LIS Wellpoint POS UNICARE.)	
Si la persona que recibe la ayuda adicional fue inscrita, ya sea automáticamente o por el proceso facilitado, pero dice que ha cambiado de planes: <ul style="list-style-type: none">• Tiene una carta del plan confirmando el recibo: Si la persona tiene consigo una carta del plan confirmando el recibo, esa carta debe incluir RxBin, RxPCN, RxGrp y RxID. Usted debe utilizar esta información para la facturación. Si la carta no la tiene, usted debe comunicarse con el plan para obtener la información necesaria para enviar una reclamación. • No tiene una carta del plan confirmando el recibo: Usted debe realizar una búsqueda "enhanced E1" o yo puedo indicarle en qué plan está inscrita la persona con Medicare.	
Tips: TIP = If the pharmacist states that they are having technical problems or if they are getting an error when they attempt an enhanced E1, they will need to call the TrOOP Help Desk at 1-800-388-2316. TIP = If a pharmacist gets a "drug not covered" message for a drug that was previously covered by Medicaid but is excluded by Medicare (especialmente con respecto a benzodiazepines and folic acid), they should bill Medicaid after they receive the rejection from the PDP. TIP = In many cases, the message "plan limits exceeded" is because Medicaid covered a 31 day supply and the PDP only covers a 30 day supply. Pharmacists should change the quantity and days of supply for reprocessing before calling the plan for help. SCRIPT = Drug Coverage LIS Wellpoint POS UNICARE REFERENCE MATERIAL = Pharmacy Technical Help Desk Contacts, if the pharmacist needs the appropriate pharmacy help desk number for a Medicare drug plan.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: (Maximum 1900 characters including spaces) Use este guión cuando un beneficiario tiene que obtener el medicamento de manera URGENTE.	
<p>Si usted recibió por correo la carta de adjudicación que envió su plan, utilícela para obtener las recetas médicas hasta que reciba la tarjeta. También deberá llevar su tarjeta de Medicaid o la carta de inscripción automática. Si no recibió nada de su plan, deberá contactarlos directamente.</p>	
Si la persona que llama informa que la farmacia no aceptará la carta de adjudicación o prueba de que ellos son elegibles para la ayuda adicional, LEA:	
<p>Debe llamar primero a su plan para resolver este asunto. Si usted necesita una receta médica de inmediato, puede pagar el precio total del medicamento y presentar una reclamación a su plan para que se lo reembolsen.</p>	
<p>(CSR NOTE: If caller has already spoken to their plan, read script: Plan Complaints in the PDP Plan Referral.)</p>	
Si la persona que llama informa que la cantidad del copago es incorrecta o no puede pagar sus medicamentos, LEA:	
<p>Debe llamar primero a su plan para resolver este asunto. También puede preguntarle al farmacéutico o al médico si le pueden dar un suministro temporal de sus medicamentos.</p>	
<p>(CSR NOTE: If caller has already spoken to their plan, read script: Plan Complaints in the PDP Plan Referral.)</p>	
Si la persona que llama informa que no le quedan medicamentos y tiene necesidad urgente de obtener ayuda, LEA:	
<p>Si no tiene ninguna otra manera de que le despachen la receta médica y es muy importante que usted tome sus medicamentos, debe llamar primero a su plan para resolver este asunto. Tal vez también quiera llamar a su médico y solicitarle si le sugiere alguna otra alternativa.</p>	
<p>(CSR NOTE: If caller has already spoken to their plan, read script: Plan Complaints in the PDP Plan Referral.)</p>	
Tips:	
TIP = LIS eligible beneficiaries who are not already enrolled in a drug plan can use the Wellpoint Point-of-Sale solution.	
SCRIPT = Drug Coverage LIS Plan Unknown, if caller is LIS eligible and does not already have a drug plan.	

Drug Coverage LIS Wellpoint POS UNICARE (Spanish)

START » Use this script if there are questions or problems with the Wellpoint Point-of-Sale (POS) solution.

Is the caller a beneficiary or a pharmacist or is the call regarding a claim rejection in mid-May?

****Only the beneficiary portion has been translated.****



****CSR NOTE:** Pharmacists are not required to use the Wellpoint POS solution. If a pharmacist will not use the POS solution, the beneficiary can try another pharmacy. ******

Are you using the Wellpoint POS solution for the first time for this beneficiary? [Click here.](#)

or

Have you already used the Wellpoint POS solution for this beneficiary? [Click here.](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

The Point-of-Sale (POS) Facilitated Enrollment process is for providing immediate coverage of Part D drugs to LIS-approved beneficiaries who do not currently have a Medicare drug plan. Most LIS-eligible beneficiaries have been auto-enrolled, so you should first check for enrollment in a Part D plan by asking for a plan ID card, other documentation from a Part D plan, or submitting an enhanced E1 (called E1 query in 2006).

If you have questions about the E1 process, you should contact the TrOOP Facilitation Help Desk at RelayHealth by calling 1-800-388-2316.

If the beneficiary says he or she is enrolled in a plan but doesn't have a card yet,
READ: I can provide information for you or the beneficiary to contact the plan. You will need the beneficiary's name, Medicare number, date of birth and address.

****CSR NOTE:** If the pharmacist can pass disclosure, you can provide the plan name and telephone number.**

****If the beneficiary is not in a drug plan, [click here](#).****

****If a claim was rejected a few days before May 15, 2007, [click here](#).****

[TOP](#)

[BACK](#)

Verifying Coverage

[TOP](#)[BACK](#)

You must verify that the beneficiary qualifies for the extra help and has Medicare.

To verify LIS eligibility:

In addition to existing state resources, such as IVR phone systems, you can use the following as verification of LIS eligibility:

Medicaid beneficiary:

- Medicaid ID card
- Recent history of Medicaid billing in the pharmacy patient profile
- Copy of current Medicaid award letter

Low Income Subsidy (LIS) beneficiary:

- Copy of Extra Help (LIS) award letter from Medicare or SSA

To verify Medicare eligibility:

You can check for either Part D enrollment OR eligibility for Medicare Part A and Part B by submitting an enhanced E1 (called E1 query in 2006) to the TrOOP facilitator.

You can also:

- Request to see a Medicare card OR
- Request to see a Medicare Summary Notice (MSN).
- In the future, you can call the Medicare pharmacy eligibility line at 1-866-835-7595.

****To bill the POS Contractor, [click here.](#)****

[TOP](#)[BACK](#)

Billing the POS Contractor

[TOP](#)

[BACK](#)

Please be sure that you confirmed that the beneficiary does not currently have a Medicare drug plan.

There are a few mandatory data elements that must be included on the claim, including **both** of the beneficiary's ID numbers, if applicable. The mandatory data elements are:

- **Medicare ID number**, if applicable
- **Medicaid ID number**
- **First Name**

- **Last Name**
- **Address** (The claim will be denied if this field is left blank or if zeros are inserted. If the person with Medicare lives in a long-term care facility, the facility address should be used.)
- **Date of Birth**
- **Telephone Number**
- **Gender Code**

If you need more information, you can contact the Anthem pharmacy help desk at 1-800-662-0210, option #2.

Copayments: The claim will always process at a copayment level of \$5.60 or less (\$5.35 in 2007).

Quantity Limits: The POS process will allow up to a 14-day fill, but you may elect to fill less than a 14-day supply at your discretion. The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) expects LIS-eligible beneficiaries **who are not already enrolled in another plan** to be enrolled into a Wellpoint (UNICARE) plan by the end of 14 days.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Once LIS-eligibility is confirmed, the "POS accounts" will be terminated and the beneficiary will be enrolled in a UNICARE plan. If you have tried to re-bill the POS account that you used before for that beneficiary, the transaction will be denied. Many of these people will have his or her ID cards or acknowledgement letters. You should ask the beneficiary if he or she received anything from UNICARE. If not, you should try an enhanced E1 (called E1 query in 2006). The new UNICARE billing information should be available.

Some claims billed to WellPoint had invalid beneficiary ID numbers which could not be matched to any Medicare beneficiary. These accounts will also be terminated. If you tried to re-bill the invalid account, the claim will be denied. In these cases, if you cannot locate a drug plan to bill using all of the available methods, you can reuse the WellPoint POS solution if the correct information is submitted.

****[Click here](#) if the pharmacist needs help using the Wellpoint POS solution.****

[TOP](#)

[BACK](#)

¿Está usando "WellPoint POS solution" por primera vez? [Click here.](#)

o

¿Ha usado "WellPoint POS solution" anteriormente? [Click here.](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

If you think the beneficiary is eligible for the Wellpoint POS solution, GO TO: "Drug Coverage LIS Plan Unknown"

****CSR NOTE:** Pharmacists are not required to use the Wellpoint POS solution. If a pharmacist will not use the POS solution, the beneficiary can try another pharmacy.**

If the beneficiary went to the pharmacist and the pharmacist isn't able to help, READ:
Por favor pídale al farmacéutico que nos llame.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Después de asegurarse de que usted tiene Medicare y reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional, Medicare debería inscribirlo en un plan de UNICARE para recetas médicas. La inscripción en el plan de UNICARE se realizará **sólo** si usted todavía no se ha inscrito por su cuenta en un plan de Medicare para recetas médicas. ¿Recibió usted la tarjeta de identificación o una carta de confirmación de UNICARE?

IF YES, READ: Debe usar cualquiera de ellas para obtener sus recetas. También puede cambiarse a otro plan de Medicare para recetas médicas durante un período de inscripción válido. ****SCRIPT Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage****

IF NO: **Check the MA PDP tab to see if the beneficiary is in another plan. If so, give the contact information. If not, READ:

Para consultar el estado de su inscripción, debe llamar al programa UNICARE al 1-866-892-5335.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Unos días antes del 15 de mayo del 2007, la compañía de seguros Wellpoint sufrió un error de tramitación que tuvo como resultado el rechazo de algunas reclamaciones de beneficios. Estas reclamaciones no hubieran sido rechazadas. Si alguna reclamación quedó rechazada antes del 15 de mayo, será necesario volver a presentarla para que se tramite nuevamente.

[TOP](#)

[BACK](#)

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: **Read if caller got a green/yellow letter from CMS but they already enrolled in a Medicare drug plan: ASK: ¿Se inscribió en un plan por su cuenta? If <u>YES</u> : Check MA PDP tab in NGD. If enrollment type = B, READ: Veo que está inscrito en [PLAN]. Si éste es el plan que desea, puede ignorar la carta y se quedará en el plan que eligió. If enrollment type = A or C: Do NOT Opt Out caller. READ: Estamos enterados de este problema y vamos a actualizar el sistema. Usted se quedará en el plan que desea. Cuando vaya a la farmacia, use la tarjeta del plan en el que quiere quedarse. Si ese plan le niega cobertura, puede usar el plan que Medicare escogió para usted hasta que se actualice el sistema. **Enter issue in PDP Plan Referral. Be sure to choose "Yes" for "FE - Facilitated Enrollment & Retro Enrollment."** If NO: Check MA PDP tab to see if caller is enrolled in a plan and make sure that Enrollment Type = A or C. READ BELOW: Como usted recibe ayuda para pagar sus primas de Medicare, o recibe los beneficios del Programa de Ingreso Suplementario de Seguridad (o SSI, por sus siglas en inglés), o solicitó la ayuda adicional y se la aprobaron, será inscrito en [PLAN]. Quizás haya recibido una carta en papel verde o amarillo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). En esa carta CMS le informó que lo iba a inscribir en un plan de Medicare para recetas médicas. La carta indica cuándo comenzará su cobertura. Si quiere estar inscrito en ese plan, guarde la carta que recibió. No obstante, usted no tiene que quedarse en ese plan de Medicare para recetas médicas; puede inscribirse en un plan diferente. Si no desea la cobertura de Medicare para recetas médicas, debe rechazarla para que no lo inscriban automáticamente en otro plan de Medicare. Sin embargo, si quiere tener cobertura continua de medicamentos a un costo menor o sin costo, es mejor que se inscriba en un plan de Medicare. ADDITIONAL INFORMATION: Los avisos de inscripción automática se imprimen en papel amarillo, y los avisos de inscripción facilitada, en papel verde. Los beneficios del Programa de Ingreso Suplementario de Seguridad (o SSI, por sus siglas en inglés) se pagan a personas de escasos ingresos y recursos económicos que tienen discapacidad, ceguera o 65 años o más de edad. Estos beneficios son diferentes a los del Seguro Social.	
Tips: SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage, if caller wants to opt out. If the caller wants Medicare drug coverage, do NOT opt them out.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: **Use este gui3n si la persona que llama recibió una llamada telef3nica de un representante del Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas M3dicas de Medicare, del Consejo Nacional sobre el Envejecimiento (NCOA, por sus siglas en ingl3s) o del "Benefits Data Trust" (BDT).**</p> <p>Es posible que le llame (o tal vez ya le haya llamado) un representante preguntándole si le interesa saber más sobre la solicitud de ayuda adicional para pagar los costos de sus recetas m3dicas de Medicare. Esta persona le informará que le está llamando del Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas M3dicas de Medicare. También puede que le diga que está llamando del Consejo Nacional sobre el Envejecimiento (NCOA) o del "Benefits Data Trust".</p> <p>Le animará a que solicite la ayuda adicional, si todavía no lo ha hecho, y le ofrecerá ayudarle a llenar la solicitud. El Centro está haciendo estas llamadas para ofrecer ayuda y apoyo a las personas con Medicare. Medicare está trabajando junto con ellos y otras fuentes de confianza en este programa, y le aconsejamos que aproveche este servicio, que es gratuito y confidencial.</p> <p>También es posible que el Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas M3dicas de Medicare, el Consejo Nacional sobre el Envejecimiento (NCOA) o el "Benefits Data Trust" (BDT) le envíen informaci3n por correo.</p> <p>El Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas M3dicas de Medicare le pedirá la informaci3n necesaria, incluyendo su número de Seguro Social, para llenar la solicitud de ayuda adicional. Luego, la enviarán electr3nicamente a su nombre. Una vez que se haya enviado su solicitud, usted recibirá del Centro una carta de confirmaci3n.</p>	
<p>Tips: TIP = The National Council on Aging (NCOA) is working with the Benefits Data Trust (BDT) to place calls as the Center for Extra Help With Medicare Drug Costs.</p>	

Drug Coverage LIS New York EPIC (Spanish)

El Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Ancianos (o Programa EPIC, por sus siglas en inglés) es un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de Nueva York que va dirigido a los que necesitan ayuda para pagar sus recetas médicas.

Desde el primero de julio del 2007, la mayoría de los afiliados al Programa EPIC tienen que estar inscritos en un plan de Medicare para recetas médicas, si desean mantener la cobertura de ese programa. (Antes del primero de esa fecha, sólo las personas afiliadas al Programa EPIC que reunían los requisitos para obtener la ayuda adicional necesitaban estar inscritas en un plan de Medicare para recetas médicas.)

El Programa EPIC envió cartas a los afiliados que estaban afectados por los cambios que se hicieron a los requisitos de inscripción. En la esquina derecha inferior de la carta, hay una letra y un número. ¿Me puede dar la letra y el número que se encuentran en su carta?

****CSR NOTE:** If the caller did not receive a letter, refer to EPIC at 1-800-332-3742.**

****Click on the option corresponding to the caller's letter for more information.****



EPIC AND THE EXTRA HELP

Si usted reúne los requisitos para obtener la ayuda adicional, es **obligatorio** que aporte al Programa EPIC la información necesaria para que los encargados del programa puedan presentar para usted la correspondiente solicitud.

Es posible que el Programa EPIC le envíe un formulario de "Solicitud de Información Adicional", en el que se le pide información sobre sus recursos económicos y otros datos necesarios para solicitar la ayuda adicional. Se les pide a los afiliados que devuelvan el formulario, con los datos completos, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la carta.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar el formulario, llame a la línea directa del Programa EPIC al 1-800-332-3742. El horario de atención es de lunes a viernes, de las 8:30 de la mañana a las 5:00 de la tarde, hora del este.

Una vez que el Programa EPIC reciba el formulario, enviará la solicitud a la Administración del Seguro Social. El Seguro Social, por su parte, le notificará a usted por carta si le aprobaron la solicitud de ayuda adicional. También podrían llamarlo si tienen alguna pregunta sobre la solicitud.

Si le aprueban la solicitud de ayuda adicional, el Programa EPIC será notificado automáticamente, y usted no tendrá que pagar la tarifa de ese programa. Tampoco tendrá que pagar la prima del plan de Medicare para recetas médicas.

****CSR NOTE:** If the caller qualifies for the extra help, was enrolled by Medicare or EPIC, and wants to switch plans, use the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage."**

EPIC Letter - L3

[TOP](#)[BACK](#)

El Programa EPIC le envió la carta porque usted estaba inscrito en un Plan de Cuotas del Programa EPIC y no tenía cobertura de un plan de Medicare para recetas médicas. Usted fue inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas escogido por el Programa EPIC. El Programa EPIC pagará las primas mensuales de ese plan.

La carta indica el nombre del plan en que fue inscrito, así como los nombres y números de teléfono de otros planes que se ofrecen en su área. Si desea escoger otro plan, puedo ayudarle a hacerlo hoy. ****CSR NOTE:** You can use the SEP "You are enrolled in a State Pharmacy Assistance Program (SPAP)" in the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage."**

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:****REFERRAL** = EPIC**SCRIPT** = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage**SCRIPT** = Drug Coverage and Other Coverage, for explanation of SPAPs.**REFERENCE MATERIAL** = EPIC Letters L3 L4 L7 L9 L11[TOP](#)[BACK](#)

EPIC Letter - L4

[TOP](#)[BACK](#)

El Programa EPIC le envió la carta porque usted estaba inscrito en un Plan de Cuotas del Programa EPIC y no tenía cobertura de un plan de Medicare para recetas médicas. Usted fue inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas escogido por el Programa EPIC. Como usted reúne los requisitos para obtener el monto completo de la ayuda adicional de Medicare, no tendrá que pagar las cuotas del Programa EPIC ni las primas mensuales del programa de Medicare para recetas médicas. Sólo pagará un copago reducido para los medicamentos que cubre su plan de Medicare para recetas médicas. El Programa EPIC pagará otros medicamentos que no estén cubiertos por el plan de Medicare.

La carta indica el nombre del plan en que fue inscrito, así como los nombres y números de

teléfono de otros planes que se ofrecen en su área. Si desea escoger otro plan, puedo ayudarle a hacerlo hoy. ****CSR NOTE:** You can use the appropriate SEP for people eligible for the extra help in the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage."**

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = EPIC

SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

SCRIPT = Drug Coverage and Other Coverage, for explanation of SPAPs.

REFERENCE MATERIAL = EPIC Letters L3 L4 L7 L9 L11

[TOP](#)

[BACK](#)

EPIC Letter - L7

[TOP](#)[BACK](#)

El Programa EPIC le envió la carta porque usted estaba inscrito en un Plan de Seguro con Deducible del Programa EPIC, no tenía cobertura de un plan de Medicare para recetas médicas, y no alcanzó el deducible del Programa EPIC el año pasado ni este año. Usted fue inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas escogido por el Programa EPIC.

El deducible de su plan del Programa EPIC se reducirá en \$24.45 por cada mes que quede del año de cobertura. Este monto es el costo mensual promedio del plan de Medicare para recetas médicas, que usted actualmente tiene que pagar cada mes. Al renovarse la cobertura, el deducible de su plan del Programa EPIC se reducirá en un monto que se calcule tomando en cuenta todo el año.

Todos los gastos que usted haga directamente de su bolsillo, incluidos los deducibles y copagos de Medicare, automáticamente se aplicarán al nuevo reducido deducible de su plan del Programa EPIC. Después de que alcance el deducible del Programa EPIC, sus copagos serán más reducidos, ya que los planes de Medicare y del Programa EPIC estarán funcionando en combinación.

La carta indica el nombre del plan en el que esta inscrito, así como los nombres y números de teléfono de otros planes que se ofrecen en su área. Si desea escoger otro plan, puedo ayudarle a hacerlo hoy. ****CSR NOTE:** You can use the SEP "You are enrolled in a State Pharmacy Assistance Program (SPAP)" in the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage."**

[TOP](#)[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = EPIC

SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage

SCRIPT = Drug Coverage and Other Coverage, for explanation of SPAPs.

REFERENCE MATERIAL = EPIC Letters L3 L4 L7 L9 L11

[TOP](#)

[BACK](#)

EPIC Letter - L9

[TOP](#)[BACK](#)

El Programa EPIC le envió la carta porque usted estaba inscrito en un Plan de Seguro con Deducible del Programa EPIC, no tenía cobertura de un plan de Medicare para recetas médicas, gasta poco en medicamentos, y no alcanzó el deducible del Programa EPIC el año pasado ni este año. Aunque quizá haya oído decir que el Programa EPIC obliga a sus afiliados a inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, usted no tiene que hacerlo. Esto se debe a su escaso uso de medicamentos.

Sin embargo, si **desea** afiliarse a un plan de Medicare para recetas médicas, el deducible de su plan del Programa EPIC se reducirá en \$24.45 por cada mes que quede del año de cobertura. Este monto es el costo mensual promedio del plan de Medicare para recetas médicas, que usted actualmente tiene que pagar cada mes. Todos los gastos que usted haga directamente de su bolsillo, incluidos los deducibles y copagos de Medicare, automáticamente se aplicarán al nuevo reducido deducible de su plan del Programa EPIC.

La carta indica el nombre del plan que el Programa EPIC le recomienda. Si desea escoger otro plan, puedo ayudarle a hacerlo hoy. ****CSR NOTE:** You can use the SEP "You are enrolled in a State Pharmacy Assistance Program (SPAP)" in the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage."**

[TOP](#)[BACK](#)**TIP BOX:****REFERRAL** = EPIC**SCRIPT** = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage**SCRIPT** = Drug Coverage and Other Coverage, for explanation of SPAPs.**REFERENCE MATERIAL** = EPIC Letters L3 L4 L7 L9 L11[TOP](#)[BACK](#)

EPIC Letter - L11

[TOP](#)

[BACK](#)

El Programa EPIC le envió la carta porque usted estaba inscrito en un Plan de Cuotas del Programa EPIC y porque ya tenía cobertura de un plan de Medicare para recetas médicas.

La carta fue enviada para informarle que el Programa EPIC pagará cada mes hasta \$24.45 del plan de Medicare para recetas médicas en el que usted está inscrito. Este monto es el costo mensual promedio del plan de Medicare para recetas médicas. Si usted paga más de \$24.45 cada mes, será responsable de pagar cualquier monto que supere esta cantidad. Deberá seguir pagando la cuota trimestral del Programa EPIC.

El Programa EPIC ha pedido que las primas de su plan de recetas médicas dejen de

deducirse de sus pagos del Seguro Social. La suspensión de esta deducción de primas puede tardar unos meses en tramitarse.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = EPIC

SCRIPT = Drug Coverage and Other Coverage, for explanation of SPAPs.

REFERENCE MATERIAL = EPIC Letters L3 L4 L7 L9 L11

[TOP](#)

[BACK](#)

Plan Complaints (Spanish)

Use this script if a beneficiary, pharmacist or anyone on behalf of a beneficiary has a complaint related to Medicare drug plans or Medicare Advantage Prescription Drug Plans. This script can also be used by Help Queue for EEs (both drug plans and MA Plans).

**If the caller wants to join, switch or disenroll from a plan, READ Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage.

**If the caller was denied enrollment into a drug plan, READ: RP Drug Coverage Denial Claim Enrollment Appeal.

If the caller is requesting a retroactive change to his or her 2006 enrollment (Enrollment Reconciliation) or the caller is no longer in the plan that he or she thought he or she had been in since 2006, READ: Plan Enrollment Reconciliation.

Tenga en cuenta que usted tiene que estar dentro de un período de elección válido para inscribirse en otro plan o darse de baja.

Podría decirme cuál de los siguientes es el problema?

- [Tiene un problema con su plan y desea quedarse inscrito en ese plan.](#)
- [Está inscrito en el plan que desea, pero continúa teniendo problemas con un plan anterior.](#)
- [Fue inscrito en un plan que no quiere y desea cambiar de plan.](#)
- [Está teniendo problemas para darse de baja y no desea estar inscrito en ningún plan.](#)
- [You want to know the status of your retroactive change request. \(For a plan enrollment reconciliation and/or marketing misrepresentation.\)](#)

****The following links are for Help Queue ONLY.****

- [Filing an Enrollment Exception \(EE\).](#)
- [Transfer due to the script "**Plan Enrollment Reconciliation**."](#)

- Transfer for the reason "You were **misled** into joining a Medicare Advantage Plan (with or without drug coverage) when you thought you were joining a different type of plan."
 - Transfer due to a **plan not participating in online enrollment** through the CSR Plan Finder Tool (no "**Enroll Now**" button).
 - Transfer for the reason that the plan fails to have a "**best available evidence**" (BAE) process in place or will not honor acceptable evidence supplied.
-

¿Tiene el número de contrato de su plan? El número de contrato es necesario porque permitirá que su queja sea dirigida al plan correcto y se resuelva de manera oportuna. El número de contrato consta de una letra seguida de cuatro números y luego tres números más. Si tiene la letra y los siete números completos, por favor léamelos. Si no, léame la letra y los cuatro primeros números.

Tal vez usted pueda encontrar el número de contrato:

- en la tarjeta de miembro del plan. El número de contrato se encuentra en la parte de abajo de la tarjeta, a la derecha. [REFERENCE MATERIAL = Model Drug Coverage Member Identification Card, and Model MA PDP Member Identification Card]
- en las cartas que haya recibido del plan. El número de contrato se encuentra en la parte de abajo de la carta, a la izquierda.
- en la Explicación de Beneficios (EOB) que le envía su plan.

****CSR NOTE:** If the caller is unable to find the Contract number, use the MA PDP tab to find the Contract number.**

Once you have the Contract number, [click here to CONTINUE](#).

[\(Top\)](#)

¿Tiene el número de contrato del plan con el cual tiene problemas? El número de contrato es necesario porque permitirá que su queja sea dirigida al plan correcto y se resuelva de manera oportuna. El número de contrato consta de una letra seguida de cuatro números y luego tres números más. Si tiene la letra y los siete números completos, por favor léamelos. Si no, léame la letra y los primeros cuatro números.

Tal vez usted pueda encontrar el numero de contrato:

- en la tarjeta de miembro del plan. El número de contrato se encuentra en la parte de abajo de la tarjeta, a la derecha. [REFERENCE MATERIAL = Model Drug Coverage Member Identification Card, and Model MA PDP Member Identification Card]
- en las cartas que haya recibido del plan. El número de contrato se encuentra en la parte de abajo de la carta, a la izquierda.
- en la Explicación de Beneficios (EOB) que le envía su plan.

****CSR NOTE:** If the caller is unable to find the Contract number, use the MA PDP tab to find the Contract number.**

Once you have the Contract number, [click here to CONTINUE](#).

[\(Top\)](#)

¿Tiene el número de contrato del plan en el que desea estar inscrito? El número de contrato es necesario porque permitirá que su queja sea dirigida al plan correcto y se resuelva de manera oportuna. El número de contrato consta de una letra seguida de cuatro números y luego tres números más. Si tiene la letra y los siete números completos, por favor léamelos. Si no, léame la letra y los primeros cuatro números.

Tal vez usted pueda encontrar el número de contrato:

- en la tarjeta de miembro del plan. El número de contrato se encuentra en la parte de abajo de la tarjeta, a la derecha. [REFERENCE MATERIAL = Model Drug Coverage Member Identification Card, and Model MA PDP Member Identification Card]
- en las cartas que haya recibido del plan. El número de contrato se encuentra en la parte de abajo de la carta, a la izquierda.
- en la Explicación de Beneficios (EOB) que le envía su plan.

****CSR NOTE:** If the caller is unable to find the Contract number, use the MA PDP tab to find the Contract number.**

Once you have the Contract number, [click here to CONTINUE](#).

[\(Top\)](#)

¿Tiene el número de contrato del plan con el cual está teniendo problemas para darse de baja? El número de contrato es necesario porque permitirá que su queja sea dirigida al plan correcto y se resuelva de manera oportuna. El número de contrato consta de una letra seguida de cuatro números y luego tres números más. Si tiene la letra y los siete números completos, por favor léamelos. Si no, léame la letra y los primeros cuatro números.

Tal vez usted pueda encontrar el número de contrato:

- en la tarjeta de miembro del plan. El número de contrato se encuentra en la parte de abajo de la tarjeta, a la derecha. [REFERENCE MATERIAL = Model Drug Coverage Member Identification Card, and Model MA PDP Member Identification Card]
- en las cartas que haya recibido del plan. El número de contrato se encuentra en la parte de abajo de la carta, a la izquierda.
- en la Explicación de Beneficios (EOB) que le envía su plan.

****CSR NOTE:** If the caller is unable to find the Contract number, use the MA PDP tab to find the Contract number.**

Once you have the Contract number, [click here to CONTINUE](#).

[\(Top\)](#)

READ: ¿Ha tratado de comunicarse con su plan para resolver este problema?

[YES, but issue was not resolved.](#)

[YES, could not get through.](#)

[NO](#)

What is the caller's complaint?

[LIS issue \(includes paying too much for drug copay, deductible, etc.\)](#)

[LIS premium issue \(paying too much\)](#)

[Does not have ID card or confirmation letter](#)

[Not in plan they want \(enrollment or disenrollment issue\)](#)

[Formulary issue \(drug not covered, drug price not correct \(non-LIS\), quantity limits or prior approval\)](#)

[Pharmacy will not accept ID card or letter](#)

[Premium withholding problem](#)

[Other](#)

Is the complaint related to Fraud, Waste, or Abuse?

[YES](#) / [NO](#)

(CSR NOTE: Ask any of the following probing questions if needed and click on the appropriate link above.)

¿Le ha llamado alguien para tratar de inscribirle en un plan de medicinas por teléfono?

¿Está inscrito en el Registro Nacional "No Llame" y un plan le ha llamado a pesar de que usted está en este registro?

¿Recibió un mensaje por correo electrónico, sin haberlo solicitado, sobre la cobertura de medicamentos de Medicare, de alguien que decía ser de Medicare o de la Administración del Seguro Social, y donde le pedían su información personal?

¿Ha llegado alguien a su hogar sin previo aviso, diciendo que es de Medicare o de la Administración del Seguro Social?

¿Le preguntaron sobre su historial de salud cuando trató de inscribirse en un plan?

¿Le pidió el plan algún pago cuando se inscribió por Internet?

¿Ha recibido materiales de algún plan sin el sello "Aprobado por Medicare"?

¿Le ha pedido alguien que le venda sus medicamentos recetados a otra persona?

¿Le ha pedido alguien que le venda su tarjeta del plan a otra persona?

¿Le ha pedido alguien que haga despachar una receta para él o ella usando la tarjeta de su plan?

¿Cree usted que su plan lo ha discriminado de alguna forma?

¿En su Explicación de Beneficios (EOB), aparece algún medicamento que usted no recibió?

¿Ha recibido información falsa o engañosa de algún agente independiente ("broker") o representante de marketing? [CLICK HERE](#)

¿Está su plan calculando incorrectamente la cantidad que usted gastó de su bolsillo directamente para pagar sus medicamentos? Por ejemplo, usted gastó \$ 1,500 de su bolsillo, y el plan le dice que solamente gastó \$1,200.

¿Le está animando su plan a desafiliarse cuando la desafiliación no se requiere?

¿Cambió el farmacéutico la cantidad que usted debía pagar de su bolsillo, para ayudarle durante el período sin cobertura ("coverage gap")?

¿Substituyó ilegalmente el farmacéutico un medicamento que su médico indicó que no podía ser substituido?

Please refer the caller to the MEDIC contractor.

READ: Tendrá que reportar esta queja al Contratista de Integridad de Medicare ("Medicare Integrity Contractor"), encargado de las quejas sobre la cobertura de recetas médicas de Medicare. Ellos se encargan de todos los asuntos relacionados con posible fraude, malgasto y abuso en el programa de Medicare para Recetas Médicas. Puede llamarlos al (877) 772-3379.

También necesito obtener cierta información de usted.

****Enter the caller's information into the CSR feedback tool under the functional area**

of "AEP Issues".

Please enter the following information:

- Broker's name and company
- Beneficiary's name
- Location of incident
- Date of call to 1-800-Medicare
- Plan name, if applicable. **For example**, if the broker is selling a particular plan.
- The incorrect or misleading information. **For example**, if the broker was marketing a Medicare Advantage Prescription Drug Plan and misleading the beneficiary to think it was a Medigap policy.

TIP = A broker is an independent agent who markets health plans or health systems.

[\(End of script\)](#)

Is the complaint related to Education and Outreach? (Use only if the caller is frustrated and does not want you to provide them with any other help.)

[YES](#) / [NO](#)

(CSR NOTE: Ask any of the following probing questions if needed and click on the appropriate link above.)

¿Necesita que alguien le ayude personalmente con sus opciones de cobertura para recetas médicas?

¿Cree usted que no está recibiendo suficiente ayuda con sus opciones de cobertura para recetas médicas?

¿Necesita ayuda para llenar los formularios de inscripción del plan?

¿Necesita ayuda para entender todos los materiales que ha recibido por correo?

¿Necesita ayuda para presentar una queja o pedir una excepción?

Is the complaint related to Quality of Care?

[YES](#) / [NO](#)

(CSR NOTE Ask any of the following probing questions if needed and click on the appropriate link above.)

¿Se negó la farmacia a despacharle la receta?

****CSR NOTE:** If the pharmacist can't fill a prescription because they are unable to verify drug plan enrollment or copay levels, the complaint is not related to the category Quality of Care. Please [click here](#).

¿Le dio la farmacia la receta equivocada?

¿Le dio la farmacia la dosis equivocada?

¿Le dio la farmacia una receta incompleta? (por ejemplo, debía darle la cantidad para 30 días pero sólo recibió para 20 días)

¿Se negó la farmacia a explicarle sobre los medicamentos que le recetaron?

¿Le recetó su médico un medicamento que le causó una mala reacción?

Please refer the caller to the MEDIC contractor.

READ: Tendrá que reportar esta queja al Contratista de Integridad de Medicare ("Medicare Integrity Contractor"), encargado de las quejas sobre la cobertura de recetas médicas de Medicare. Ellos se encargan de todos los asuntos relacionados con posible fraude, malgasto y abuso en el programa de Medicare para Recetas Médicas. Puede llamarlos al 1-877-7SAFERX o 1-877-772-3379.

[\(End of script\)](#)

Refer the caller to State Health Insurance Assistance Program (SHIP) for counseling.

(Note: Please make sure you have helped the caller with all of their Medicare questions before referring them to the SHIP.)

[\(End of script\)](#)

¿Ha hablado con su médico o farmacéutico sobre este tema?

[YES](#) / [NO](#)

Refer the caller to their doctor or pharmacist.

READ: Primero debe comunicarse con su médico o farmacéutico. Si habla con ellos y cree que su problema aún no se ha resuelto, debe volver a llamarnos.

[\(End of script\)](#)

TNT to the Quality Improvement Organization (QIO) in the state where the care was given.

READ: Voy a tener que transferirle a la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. Ellos revisarán su(s) queja(s) sobre la calidad de atención que recibió. Si le atiende un contestador o un servicio automático, por favor deje un mensaje. Le devolverán la llamada durante horas de oficina al día siguiente.

[\(End of script\)](#)

Go to MA PDP tab and check LIS subsidy level.

READ: Según nuestros datos, usted debe pagar [insert LIS amounts] por sus recetas. ¿Le están cobrando esta cantidad?

[YES](#)

[NO](#)

Ésta es la cantidad de ayuda adicional que le han aprobado. ¿Tiene algún documento que indique una cantidad diferente?

[YES](#) / [NO](#)

Como no tiene ningún documento que indique que le aprobaron una cantidad diferente, ésta es la cantidad que usted continuará pagando por sus medicamentos.

[\(End of script\)](#)

¿Qué tipo de documento tiene?

- Approval Letter from SSA (Escalate to the Reference Center, [end of script.](#))
 - Letter from CMS (Escalate to the Reference Center, [end of script.](#))
 - Letter from State Medicaid office (Click [here.](#))
-

Go to MA PDP tab and check LIS subsidy level.

If LIS subsidy level is 100%, READ:

Usted no debería estar pagando la prima A MENOS QUE la prima de su plan sea más alta que la prima promedio de los planes en su región. Por favor comuníquese con su plan para información específica sobre cuánto debería ser la prima.

If LIS subsidy level is anything BUT 100%, READ:

Si usted reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional, pagará una prima reducida según el porcentaje que indica la carta en la que le otorgan la ayuda. Por favor comuníquese con su plan para información específica sobre cuánto debería ser la prima.

If the caller refuses to contact plan or has tried unsuccessfully to resolve the issue with the plan, [click here](#) to file a complaint.

[\(End of script\)](#)

Verify the caller's plan name from the MA PD Tab or the CSR Plan Finder Tool.

If plan is correct, click [here](#). If caller thinks that they are in a different plan than what is shown, READ:

La forma más rápida de arreglar el problema es que llame directamente al plan. Los representantes del plan pueden poner un código temporal en el sistema para que usted obtenga sus medicamentos con la ayuda adicional. CSR NOTE: If caller refuses to contact plan or was unsuccessful after contacting plan, click [here](#).

Verify the caller's plan name from the MA PD Tab or the CSR Plan Finder Tool.

If plan is correct, click [here](#). If the caller thinks that they are in a different plan than what is shown, READ:

La forma más rápida de arreglar el problema es que llame directamente al plan. CSR NOTE: If the caller refuses to contact plan or was unsuccessful after contacting plan, click [here](#).

You should only use this section if you already used the Premium Refund Issue Lookup in the Surveys tab and it directed you to file a complaint.

[CLICK HERE](#) if you already used the Premium Refund Issue Lookup

Check the CSR Plan Finder Tool. Are the drugs that the caller is taking on the formulary and is the caller using a network pharmacy?

If YES, READ: Yo puedo ayudarle a poner una queja. (Click [here](#) to file a complaint.)

If NO, READ: Si compra un medicamento que no está en el formulario, o lista, de medicamentos aprobados por su plan o si va a una farmacia fuera de la red, su copago será más alto. ([End of script](#))

Go to script, Drug Coverage Enrollment Plan Unknown.

****If you already used the script and it directed you to file a complaint:****

Como usted ya se comunicó con su plan para resolver este problema y ellos no pudieron ayudarle, yo puedo presentar la queja por usted. [Click here.](#)

[\(End of script\)](#)

Verify the caller's plan enrollment/disenrollment status in the MA PD Tab or in the CSR Plan Finder Tool.

CSR NOTE: If the caller agrees with what is in the system, provide the plan phone number if necessary.

If system is not showing the correct enrollment status, offer plan name/phone number so the caller can follow up. If the caller refuses to contact plan or has tried unsuccessfully to resolve the issue with the plan, click [here](#) to file a complaint.

If the system is not showing a disenrollment:

1. Verify that the caller does intend to disenroll versus enroll in a different plan.
2. Ask the caller how they disenrolled previously (called plan or 1-800-Medicare).
3. Ask when they previously disenrolled.

If the prior disenrollment action was done more than 30 days ago, and the system still shows the enrollment in that plan, transfer to Tier 2 for disenrollment. ([End of script](#))

Go to the CSR Plan Finder Tool and enter the confirmation number or the caller's drugs.

Find the caller's plan and use the drop-down box to "view drug details." Review plan information with the caller such as:

- whether the drug is on the formulary list
- any quantity limits
- step therapy
- prior authorization
- drug costs at each phase of the benefit

If issue is resolved, [end of script](#).

If issue is not resolved, provide the caller with the plan's name/phone number for further discussion with plan. If the caller refuses to contact plan or has tried unsuccessfully to resolve the issue with the plan, click [here](#) to file a complaint.

Refer the caller to their prescription drug plan.

READ: La forma más rápida de resolver un problema es comunicarse con su plan. Si no ha tratado de hacerlo en la semana pasada, debe intentar hablar con ellos nuevamente. En muchos planes, ahora hay que esperar muy poco o nada de tiempo. Tal vez sea útil llamar a diferentes horas del día. Si habla con ellos y cree que su problema aún no se ha resuelto, debe volver a llamarnos. Recuerde que si necesita volver a llamarnos, tendrá que tener a mano el número de

contrato.

Note: If the caller refuses to contact plan or has tried unsuccessfully to resolve the issue with the plan, click [here](#).

Note: If the caller does not know their plan's phone number, they should be able to locate it on their drug plan card or a recent statement received from their plan.

([End of script.](#))

EEs - Help Queue only

****This section is only to be used for regular EEs. If the call is about a plan reconciliation or a caller being given misleading information, [go back to the top](#) and click on the corresponding hyperlink.****

****CSR NOTE:** When entering an EE, **use the Help Queue "Bypass" Code** and do not use or enter a Contract number.**

Otherwise, READ:

Su solicitud de inscripción será reenviado a la Oficina Regional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para su estado. Ellos decidirán si usted aún puede inscribirse.

****CSR NOTE:** Do not enroll the caller in a drug plan or Medicare Advantage Plan.**

****CSR NOTE:** Click "Next" below to enter complaint.

- Do not enter your personal commentary or your opinions in the complaint form.
- Do not enter the characters < > ; & ^ in the complaint form.
- When entering an EE, use the Help Queue "Bypass" Code and do not use or enter a Contract number.

Help Queue only: Plan Enrollment Reconciliation

****CSR NOTE: Use complaint category "Enrollment/Disenrollment." Then choose complaint "Enrollment Reconciliation - Dissatisfied with Decision."**

READ:

Su solicitud de inscripción será reenviada a la Oficina Regional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que está encargada de su estado. Esa oficina estudiará su situación y, si corresponde, podrá actualizar sus datos.

Tenga en cuenta que será responsable de pagar las primas y costos compartidos que sean pertinentes (como por ejemplo, los deducibles y copagos). Tendrá que pagar estos costos de forma retroactiva hasta la fecha efectiva del cambio.

- **Si como resultado de este cambio usted vuelve a inscribirse en un Plan Medicare Advantage**, puede que necesite estudiar la red de proveedores del plan. Debería averiguar si los proveedores que le prestan servicios figuran en la red de ese plan.
- **Si este cambio tiene que ver con la cobertura de Medicare para recetas médicas**, el nuevo plan también va a tener su propia red de farmacias y su propio formulario (o sea, una lista de medicamentos aprobados por el plan). Debería averiguar si las recetas médicas que usted utiliza actualmente se encuentran en el formulario de medicamentos aprobados por el plan y también si las farmacias que usa están en la red del plan.

Basándose en esta información, ¿todavía desea que envíe su solicitud para que la analicen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid?

If NO, end the call.

If YES, continue with filing the EE.

If the CSR who transferred the call to you:	Copy and paste this language into the Issue/Complaint field:
Enrolled the beneficiary	ENROLLMENT RECONCILIATION SEP. Note that we enrolled the caller into [PLAN NAME AND CONTRACT NUMBER] effective [FIRST DAY OF NEXT MONTH]. The caller wants [FILL IN THE BLANK] to happen.
Did <u>NOT enroll</u> the beneficiary	ENROLLMENT RECONCILIATION SEP. The caller wants [FILL IN THE BLANK] to happen.

**** CSR NOTE: Click "Next" below to enter complaint.**

- Enter complaint category "Enrollment/Disenrollment." Then choose complaint "Enrollment Reconciliation - Dissatisfied with Decision."
- Do not enter your personal commentary or your opinions in the complaint form.
- Do not enter the characters < > ; & ^ in the complaint form.
- When entering an EE, use the Help Queue "Bypass" Code and do not use or enter a Contract number.

**** If the caller asks how long it will take for the records to be updated after a retroactive change, [CLICK HERE](#). ****

Help Queue only: Misleading Information

Does the caller qualify for the SEP "You were **misled into joining a Medicare Advantage Plan** (with or without drug coverage) when you thought you were joining a different type of plan."?

- Caller **qualifies** for the SEP reason, [CLICK HERE](#).
- Caller **does not** qualify for the SEP reason or you're not sure, [CLICK HERE](#).

Help Queue only: Marketing Misrepresentation

****CSR NOTE: Use complaint category "Enrollment/Disenrollment." Then choose complaint "Enrollment Exception - Marketing Misrepresentation."**

READ:

Su solicitud será reenviada a la Oficina Regional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que está encargada de su estado. Esa oficina estudiará su situación y, si corresponde, podrá actualizar sus datos.

Tenga en cuenta que será responsable de pagar las primas y costos compartidos que sean pertinentes (como por ejemplo, los deducibles y copagos). Tendrá que pagar estos costos de forma retroactiva hasta la fecha efectiva del cambio.

- **Si como resultado de este cambio usted vuelve a inscribirse en un Plan Medicare Advantage**, puede que necesite estudiar la red de proveedores del plan. Debería averiguar si los proveedores que le prestan servicios figuran en la red de ese plan.
- **Si este cambio tiene que ver con la cobertura de Medicare para recetas médicas**, el nuevo plan también va a tener su propia red de farmacias y su propio formulario (o sea, una lista de medicamentos aprobados por el plan). Debería averiguar si las recetas médicas que utiliza actualmente se encuentran en el formulario de medicamentos aprobados por el plan y también si las farmacias que usa están en la red del plan.

Basándose en esta información, ¿todavía desea que envíe su solicitud para que la analicen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid?

If NO, end the call.

If YES, continue with filing the EE.

<p>If the CSR who transferred the call to you:</p>	<p>Provide a detailed description of the caller's situation AND copy and paste this language into the Issue/Complaint field:</p>
<p><u>Enrolled</u> the beneficiary</p>	<p>1-800-MEDICARE MARKETING MISREPRESENTATION SEP. Note the caller was enrolled with [PLAN NAME AND CONTRACT NUMBER] and we <u>enrolled</u> the caller into [PLAN NAME AND CONTRACT NUMBER] effective [FIRST DAY OF NEXT MONTH]. The caller wants a retroactive effective date of [FILL IN THE RETRO DATE]. Caller was misled by [AGENT'S NAME].</p>
<p><u>Disenrolled</u> the beneficiary (You should NOT use the option of MA-RD; follow the process outlined in this section.)</p>	<p>1-800-MEDICARE MARKETING MISREPRESENTATION SEP. Note that we <u>disenrolled</u> the beneficiary from [PLAN NAME AND CONTRACT NUMBER] effective [FIRST DAY OF NEXT MONTH]. The caller wants a retroactive effective date of [FILL IN THE RETRO DATE]. Caller was misled by [AGENT'S NAME].</p>

****CSR NOTE: Click "Next" below to enter complaint.**

- Enter complaint category "Enrollment/Disenrollment." Then choose complaint "Enrollment Exception - Marketing Misrepresentation"
- Do not enter your personal commentary or your opinions in the complaint form.
- Do not enter the characters < > ; & ^ in the complaint form.
- When entering an EE, use the Help Queue "Bypass" Code and do not use or enter a Contract number.

****If the caller asks how long it will take for the records to be updated after a retroactive change, [CLICK HERE](#).****

Help Queue only: Marketing Misrepresentation Denial

****CSR NOTE: Use complaint category "Enrollment/Disenrollment." Then choose complaint "Enrollment Exception - Marketing Misrepresentation."**

READ:

Su solicitud será reenviada a la Oficina Regional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que está encargada de su estado. Esa oficina estudiará su situación y, si corresponde, podrá actualizar sus datos. If the Regional Office decides that you're not eligible for the change at this time, then they will send you a written denial letter.

Provide a detailed description of the caller's situation AND copy and paste this language into the Issue/Complaint field:

1-800-MEDICARE DENIAL OF MARKETING MISREPRESENTATION SEP. The beneficiary is enrolled with [PLAN NAME AND CONTRACT NUMBER] and wants the following changes made [INSERT PROSPECTIVE AND RETROACTIVE REQUESTS]. Marketing Misrepresentation SEP was denied by 1-800-MEDICARE because [INSERT DESCRIPTION OF DENIAL REASON]. Caller was misled by [AGENT'S NAME].

****CSR NOTE: Click "Next" below to enter complaint.**

- Enter complaint category "Enrollment/Disenrollment." Then choose complaint "Enrollment Exception - Marketing Misrepresentation"
- Do not enter your personal commentary or your opinions in the complaint form.
- Do not enter the characters < > ; & ^ in the complaint form.
- When entering an EE, use the Help Queue "Bypass" Code and do not use or enter a Contract number.

****If the caller asks how long it will take for the records to be updated after a retroactive change, [CLICK HERE](#).****

Help Queue only: Plan Not Participating in Online Enrollment**If the CSR who transferred the call was unable to enroll the beneficiary, READ:**

El plan en que usted desea inscribirse no participa en el programa de inscripción por Internet. Debido a esto, su solicitud será enviada a la Oficina Regional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que está encargada de su estado. Esa oficina estudiará su solicitud de inscripción en el plan y, si corresponde, podrá actualizar sus datos. Si la Oficina Regional determina que usted no reúne los requisitos para cambiar de plan en este momento, le enviará una carta de denegación.

****CSR NOTE: Use complaint category "Enrollment/Disenrollment." Then choose complaint subcategory "EE (ENROLLMENT EXCEPTIONS)."**

If the situation is about:	Copy and paste this language into the Issue/Complaint field:
Enrollment reconciliation	ENROLLMENT RECONCILIATION SEP. The plan that the beneficiary wants to enroll in is not participating in online enrollment. The caller wants to enroll in [PLAN NAME AND CONTRACT NUMBER].
Misleading marketing misrepresentation	1-800-MEDICARE MARKETING MISREPRESENTATION SEP. The plan that the beneficiary wants to enroll in is not participating in online enrollment. Caller is currently enrolled in [PLAN NAME AND CONTRACT NUMBER] but wants to be enrolled in [PLAN NAME AND CONTRACT NUMBER]. Caller was misled by [AGENT'S NAME].

****CSR NOTE: Click "Next" below to enter complaint.**

- **Do not enter your personal commentary or your opinions in the complaint form.**
 - **Do not enter the characters < > ; & ^ in the complaint form.**
 - **When entering an EE, use the Help Queue "Bypass" Code and do not use or enter a Contract number.**
-

Help Queue only: Plan doesn't accept Best Available Evidence

*****Spanish is pending translation.*****

****CSR NOTE: Use complaint category "Plan Administration." Then choose complaint "Best Available Evidence (BAE) - Failure to Correct Low-Income Subsidy Status/Level."**

READ: Your request will be forwarded to the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Regional Office for your state. The CMS Regional Office will review your situation and will call you within the next 48 hours.

Provide a detailed description of the caller's situation AND copy and paste this language into the Issue/Complaint field:

BEST AVAILABLE EVIDENCE. The beneficiary is enrolled with [PLAN NAME AND CONTRACT NUMBER] and the plan or the pharmacy is not accepting [TYPE OF BAE PROVIDED] as "best available evidence" documentation.

****CSR NOTE: Click "Next" below to enter complaint.**

- **Enter complaint category "Plan Administration." Then choose complaint "Best Available Evidence (BAE) - Failure to Correct Low-Income Subsidy Status/Level."**
- **Do not enter your personal commentary or your opinions in the complaint form.**
- **Do not enter the characters < > ; & ^ in the complaint form.**
- **When entering this complaint, use the Help Queue "Bypass" Code and do not use or enter a Contract number.**

Complete the PDP Plan Referral.

FOR COMPLAINTS, READ: Voy a necesitar cierta información de usted para registrar su queja. Una vez registrada, la enviaré a su plan para que sea resuelta. Un representante del plan trabajará con usted para resolverla lo más pronto posible. Por favor llame al plan para más información o para averiguar si el problema se ha solucionado.

TIER II Only - RETROACTIVE DISENROLLMENTS (RD) **CSR NOTE: If the caller is requesting a retroactive disenrollment because of an MA marketing misrepresentation issue, [click here](#).** **Otherwise,**

READ: Necesitaré obtener cierta información de usted. Cuando termine, su solicitud para reajustar la fecha de desafiliación será reenviada a su plan para que sea resuelta. Un representante del plan trabajará con usted para solucionar el problema lo más pronto posible. Por favor llame al plan si desea más información, o para averiguar si el problema se ha solucionado. Una vez que la información sobre su desafiliación ha sido actualizada en nuestro sistema, su proveedor debe volver a enviar la reclamación a Medicare para que se tramite.

CSR NOTE: If the caller asks how long it will take to resolve the complaint, READ: Su problema es importante para nosotros y le daremos la atención debida. Lamentablemente, no puedo darle un período de tiempo específico. Por favor llame al plan para más información o para averiguar si el problema se ha solucionado.

If they already filed a complaint and it has been less than 48 hours for urgent complaints or less than 5 business days for non-urgent complaints, READ:

Veo que usted ya ha presentado una queja. Está todavía en trámite, y agradecemos mucho su paciencia. Por favor llame al plan para más información o para averiguar si el problema se ha solucionado.

If they already filed a complaint and it has been longer than 48 hours for urgent

complaints or longer than 5 business days for non-urgent complaints, file another complaint.

****CSR NOTE: Click "Next" below to enter complaint.**

- **Be sure to enter the correct Contract number provided by the beneficiary. (It is case-sensitive.)**
 - **Do not enter your personal commentary or your opinions in the complaint form.**
 - **Do not enter the characters < > ; & ^ in the complaint form.**
-

****CSR NOTE: If the caller requests a retroactive change**, warm transfer to the Help Queue and explain that the caller qualifies for the MA marketing misrepresentation SEP and is requesting a retroactive change. The Help Queue will submit this as an **Enrollment Exception (EE)** by using the script in the PDP Plan Referral Survey. **

- If you submitted an enrollment, provide the plan name and contract number to the Help Queue.
- If you processed a disenrollment, explain to Help Queue all actions that were taken during the call, including any enrollments or disenrollments (including any actions taken by another CSR).

- The **Help Queue agent** needs to enter the "Bypass" Code and NOT the contract number into the Complaint Contract Number field. Help Queue should follow this script for additional instructions regarding this EE.
-

Retroactive change for a plan enrollment reconciliation and/or marketing misrepresentation.

*****Spanish is pending translation.*****

If the caller asks how long it will take for the records to be updated after a retroactive change for plan enrollment reconciliation or marketing misrepresentation, READ:

We've processed the change that you requested today (prospective change). It will be effective on the first day of the next month. However, it will take 3-4 weeks before your request for a retroactive change is processed. You may be contacted after the update has been made to your records. If you are not contacted, please feel free to call us back in 4 weeks. We can check your records to see if they have been updated.

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: **NOTA AL CSR: Este guión puede usarse para los PDP y los MA-PDP.** **Si el plan de la persona que llama está terminando ahora, use el guión "Enrollment Disenrollment Periods Medicare Advantage and Drug Coverage" para explicarle sobre el SEP.** <u>El plan terminó su cobertura/no renovó el contrato</u> Si usted recibió una carta indicando que su plan de recetas médicas no renovó el contrato o no iba a brindar cobertura en el 2007, podía haberse inscrito en otro plan antes de que terminara el 2006. Si no se inscribió en otro plan, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción válido para inscribirse. Tal vez tenga que pagar una penalidad si no tiene cobertura acreditable. <u>El plan fue consolidado (se incluye a un PDP de la misma organización)</u> Si su Aviso Anual de Cambio indicaba que su plan cambió a otro plan de la misma compañía, usted podía haberse quedado con ese plan o podía haberse inscrito en otro plan antes de que terminara el 2006. Si desea hacer cambios adicionales en su cobertura, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción válido.	
Tips: REFERENCE MATERIAL = 2007 Annual Notice of Change (Rolled into PDP of same organization) SCRIPT = Drug Coverage Involuntary Disenrollment SCRIPT = CS Medicare Advantage Plan Non Renewal, if caller is in a Medicare Advantage Plan without drug coverage SCRIPT = Drug Coverage DoctorCare Termination Florida SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: **Use this script if the caller was affected by the termination of the DoctorCare plan (H5411) and is having problems with claims.** A partir del 30 de noviembre del 2006, la organización DoctorCare, Inc. dejó de ofrecer el plan DoctorCare a las personas con Medicare que residen en el Condado de Miami-Dade. Si usted todavía no había elegido otro plan de salud, Medicare lo inscribió en un plan que entró en vigor el 1 de diciembre del 2006. **If the caller is having problems with claims that were submitted to DoctorCare: Si usted recibió servicios después del 1 de diciembre del 2006 , su proveedor debía enviar la factura al plan escogido por Medicare o al que usted mismo eligió. Si, por el contrario, el proveedor envió la factura al plan DoctorCare, deberá enviarla al plan correcto. Si usted tiene preguntas sobre las reclamaciones, debe comunicarse con el administrador del plan. En cambio, si usted recibió servicios antes del 1 de diciembre del 2006 , la reclamación deberá recibirse no más tarde del 3 de diciembre del 2007, para que la misma se pueda pagar. Si usted tiene preguntas sobre las reclamaciones presentadas al plan DoctorCare, puede llamar al Departamento de Servicios Financieros de la Florida al 1-800-882-3054.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: If the caller asks for a list of all of the Medicare drug plans in his or her state, but does not want to go through the CSR Plan Finder Tool, READ: Por favor revise su publicación de Medicare y Usted para una lista de planes de Medicare para recetas médicas en su área. Por favor llámenos nuevamente cuando usted esté disponible para revisar y comparar las opciones de los planes de Medicare para recetas médicas.</p> <p>If the caller has received a "Local Plans in Your Area" publication last year and wants you to order one this year, READ: Lamentablemente, la publicación "Planes Locales en Su Área" ("Local Plans in Your Area") no está disponible para ordenar. Utilizando la herramienta de búsqueda de planes de Medicare para recetas médicas, puedo ayudarle a comparar sus opciones para los planes de medicinas recetadas. Al utilizar la herramienta, podemos hablar sobre sus opciones y le puedo enviar información por correo.</p> <p>**CSR NOTE: If the caller wants you to go to the CSR Plan Finder Tool, go to the script "CS Medicare.gov Tools."**</p>	
<p>Tips: TIP = Do not send to the Reference Center. This is not a Reference Center issue. SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage SCRIPT = CS Medicare.gov Tools</p>	

Status: Active

Deactivated Date: N/A

Script:

If the caller got a letter from CMS (on blue paper) that says that he or she will be reassigned to another plan for 2008, READ:

Si usted está recibiendo la ayuda adicional total y su plan no está ofreciendo cobertura en el 2008, o si la prima mensual de su plan está \$1 por encima de la prima promedio de su zona para el 2008, Medicare podría reasignarlo a otro plan en su zona. El propósito del cambio es asegurar que usted siga teniendo una prima de \$0 y que tenga cobertura sin interrupción. No tendrá que hacer nada para que Medicare lo inscriba en otro plan. Usted recibió esta carta en papel azul de Medicare a principio de noviembre en la que le indican cuál es el plan que Medicare ha escogido para usted. Usted estará inscrito en el nuevo plan a partir del 1ro de enero de 2008.

Si lo están inscribiendo en otro plan, es por que la prima mensual de su plan es más de \$1 por encima de la prima promedio de su zona. Primero, Medicare tratará de reasignarlo en otro plan ofrecido por la misma compañía que tiene ahora. Si no es posible, lo inscribirá al azar, en otro plan ofrecido en su zona.

Si la prima mensual de su plan es menos de \$1 por encima de la prima promedio de su zona, Medicare no lo reasignará a otro plan.

Mientras reúna los requisitos para recibir la ayuda adicional, usted puede cambiar a un plan diferente en cualquier momento.

Usted será reasignado a otro plan de medicamentos a partir del 1ro de enero de 2008, si cumple **todos** los siguientes requisitos:

1. Recibe la ayuda adicional en el 2007 y reúne los requisitos para la ayuda adicional en el 2008.
2. Sigue inscrito en el plan en el cual Medicare lo inscribió [Enrollment Type A or C]. Esto significa que usted no se inscribió en otro plan por su cuenta.
3. El plan en el que usted esta inscrito en el 2007 tiene una prima que aumentará en el 2008 (a más de \$1 por encima de la prima promedio de su zona) o el plan no ofrecerá cobertura en el 2008.

Si recibió la carta de reasignación, tiene ciertas opciones. Usted puede:

- Hacer nada y quedarse en el plan que Medicare escogió para usted. El plan entrará en vigor el 1ro de enero de 2008;
- Comparar planes de Medicare para recetas medicas e inscribirse en otro plan que mejor responda a sus necesidades; o
- Quedarse inscrito en su plan actual si el plan continúa ofreciendo cobertura en el 2008. Si escoge esta opción, la ayuda adicional que recibe no pagará el costo total de la prima del plan. Usted será responsable por pagar la diferencia entre la prima mensual de su plan y la prima promedio de su zona.

If the caller got a letter from CMS (on tan paper) that says his or her plan costs will be increasing and that he or she will have to pay a higher premium in 2008, READ:

Usted recibió esta carta en papel crema de Medicare a principio de noviembre en la que le indica que la prima de su plan actual aumentará. Usted está recibiendo la ayuda adicional total y el plan que escogió tiene una prima mensual que está \$1 por encima de la prima promedio de su zona para el 2008. La carta explica cuanto tendrá que pagar en primas mensuales si decide quedarse en el plan para el 2008. Sin embargo, no tendrá que hacer nada si quiere quedarse en su plan actual.

Mientras reúna los requisitos para recibir la ayuda adicional, usted puede cambiar a un plan diferente en cualquier momento.

Tal vez usted quiera comparar planes de medicamentos antes de tomar una decisión. Hay planes disponibles en el 2008 que no tienen una prima mensual para personas que reúnen los requisitos para la ayuda adicional. Debe comparar los medicamentos en el formulario del plan, los gastos directos de su bolsillo, las primas y deducibles, y las farmacias que pertenecen a la red. Le puedo ayudar a comparar los planes para el 2008 en su área ahora. Si tiene acceso al Internet, usted puede comparar los planes disponibles visitando el sitio de Medicare en www.medicare.gov.

Tips:

REFERRAL = Medicare drug plan

REFERENCE MATERIAL = 2008 Annual Notice of Change (PDP)

REFERENCE MATERIAL = 2008 Low Income Subsidy Premium Amounts

REFERENCE MATERIAL = 11208 Reassignment Letter

REFERENCE MATERIAL = 11209 Reassignment Letter

REFERENCE MATERIAL = Model Reassignment Confirmation Letter from Drug Plan

TIP = If you have to order a copy of the reassignment notice in Spanish, it will be mailed on white paper.

FULFILLMENT = Spanish Reassignment Letter (11208-S)

FULFILLMENT = Spanish Reassignment Letter (11209-S)

Drug Coverage Enrollment Plan Unknown **(Spanish)**

Shortcut: [MA PDP Tab](#) (Use only if you had to leave the script to go to the MA PDP tab to look up plan information.)

If the caller wants to know how to have his or her prescriptions filled and he or she:

- Does not know the name of his or her drug plan
- or**
- Does not have a membership card from his or her drug plan.

[Click Here](#)

¿Califica usted para la ayuda adicional?

Yes

No

¿Sabe el nombre de su plan?

Yes

No

Para obtener sus recetas hasta que reciba la tarjeta del plan, puede presentar la carta de confirmación que recibió de su plan por correo o la carta de bienvenida del plan a la farmacia, como comprobante de inscripción. La carta de confirmación indica que el plan recibió su solicitud. La carta de bienvenida indica que le aceptaron al plan.

Si no recibió nada de su plan, debe comunicarse con ellos directamente.

****CSR NOTE: If the caller says that the pharmacy will not accept his or her acknowledgement letter, READ:**

Si necesita que le despachen una receta inmediatamente, puede pagar el costo completo del medicamento y enviar una reclamación a su plan para ser reembolsado/a. Tendrá que comunicarse con su plan para más información.

Yo puedo ayudarle a presentar una queja, porque su farmacia debería haber aceptado su comprobante de que es elegible. ****CSR NOTE: If the caller has already spoken to their plan, read the script "Plan Complaints" in the PDP Plan Referral Survey.****

****Do NOT escalate these calls to the Reference Center.****

CSR NOTE: If the caller says his or her plan is closed for the day, READ:
Si necesita que le despachen una receta inmediatamente, puede pagar el costo completo del medicamento y enviar una reclamación a su plan para ser

reembolsado/a. Tendrá que comunicarse con su plan durante el horario regular de atención para más información.

(End of script.)

Permítame ver si en nuestros archivos está el nombre de su plan.

****CSR NOTE: Check the MA PDP Tab to see if the plan is listed. Is there a plan listed?****

Yes

No

Veo que está inscrito/a en [PLAN NAME].

****CSR NOTE: Give the caller the plan name and phone number.****

[Continue](#)

¿Recibió usted una carta de bienvenida del plan o una carta confirmando que recibieron su solicitud?

Yes / No

¿Solicitó su inscripción por Internet o llamando al 1-800-MEDICARE?

[Online](#) / [1-800 MEDICARE](#) / [Neither](#)

¿Tiene el número de confirmación?

Yes / No

¿Tiene el número de confirmación?

Yes / No

Como usted llamó al 1-800-MEDICARE para inscribirse, veré si puedo encontrar el número de confirmación que le dieron.

****CSR NOTE:** Check to see if there is a confirmation number listed in the CSR Comments field on the upper applet of the Activities screen.**

- [Confirmation number listed](#)
- [No confirmation number listed](#)

(End of script, please log.)

****[Click here](#) for the application status. Enter the confirmation number. (Login ID: cms_readonly, Password: admin_read)****

[\(End of script, please log.\)](#)

¿Cómo se inscribió?

- **Paper application**

Si usted guardó una copia, el nombre del plan debería estar en su solicitud de inscripción.

- **SHIP**

Debe comunicarse con el SHIP para ver si tienen el nombre del plan en sus archivos.

If none of the above, [click here](#).

[\(End of script, please log.\)](#)

Usted tiene dos opciones:

1. Puede esperar hasta que escuche algo de su plan.
2. Se puede inscribir en otro plan de recetas médicas durante un período de inscripción válido.

****CSR NOTE: If the caller wants to join a different plan, read the script "Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage" and then use the CSR Plan Finder tool.****

(End of script, please log.)

See the script, "**Drug Coverage LIS Plan Unknown.**"

(End of script, please log.)

Lo lamento, pero en nuestros archivos no aparece su inscripción.

Si se inscribió al plan durante el período de inscripción **anual** (15 de noviembre hasta el 31 de diciembre), la fecha entrara en vigor el 1ro de enero. Si se inscribió al plan durante un período de inscripción **especial**, la fecha entrara en vigor el próximo mes.

¿Han pasado más de 30 días desde que se inscribió en el plan?

Yes

No

Podría tomar hasta 30 días procesar su solicitud. Por favor espere hasta que pasen 30 días y vuelva a llamarnos. Entonces podremos verificar si el nombre de su plan está en nuestros archivos. Si aún no aparece ningún plan, podemos informarle sobre sus otras opciones.

[\(End of script, please log.\)](#)

Use script ONLY if caller qualified for the extra help.

If caller wants to know how to fill their prescriptions because they don't:

- Know the name of their drug plan.

OR

- Have a membership card from their drug plan.

[Click Here](#)

If caller is in a plan but is having a problem filling prescriptions, Read **Drug Coverage Urgent Crisis Call Beneficiary at the Pharmacy.**

Permítame verificar si en nuestros archivos está el nombre de su plan.

CSR NOTE: Check the MA PDP Tab to see if the plan is listed. Is caller currently in a plan?

[YES](#) (includes future effective date)

[NO](#)

Si recibió una carta de confirmación de su plan por correo, utilícela para llenar/obtener sus recetas hasta que reciba la tarjeta. Si no recibió nada de su plan, debe comunicarse con ellos directamente. Cuando vaya a la farmacia, lleve su carta de confirmación y también un comprobante de que usted es elegible para la ayuda adicional, por ejemplo, su tarjeta de Medicaid, la carta que comprueba que tiene Medicaid o su carta de inscripción automática.

CSR NOTE: If caller has problems filling prescriptions, SCRIPT: **Drug Coverage Urgent Crisis Call Beneficiary at the Pharmacy.**

CSR NOTE: If the caller has an immediate need and the effective date is in the future, he or she can use the Wellpoint POS solution. This will not cancel enrollment into the future plan. Verify that they live in one of the 50 states or the District of Columbia and that they do not have PACE. Then [click here](#).

[\(End of script.\)](#)

Veo que está inscrito/a en el plan "PLAN NAME", comenzando desde el [START DATE].

CSR NOTE: Give caller the plan name and phone number.

[Continue](#)

¿Reside usted en uno de los 50 estados o en el Distrito de Columbia?

[YES](#)

[NO](#)

SCRIPT = Drug Coverage LIS Territories

[\(End of script.\)](#)

¿Está inscrito en un programa PACE?

CSR NOTE: If caller is unsure, click [here](#) to view the PACE programs.

[YES](#)

[NO](#)

Necesitará comunicarse con su programa PACE para más información.

[\(End of script.\)](#)

Usted debió haber sido inscrito automáticamente en un plan de Medicare para recetas médicas. Ahora tiene dos opciones:

1. Si no necesita una receta inmediatamente, puede inscribirse en un plan ahora y su cobertura comenzará el primer día del siguiente mes.
O
2. Si necesita una receta inmediatamente, yo puedo indicarle cómo obtener sus medicamentos.

¿Cuál opción es mejor para usted?

[No Immediate Need](#)

[Immediate Need](#)

CSR NOTE: Use the CSR Plan Finder Tool to compare plans and/or enroll the caller.

[\(End of script.\)](#)

Como usted necesita sus recetas inmediatamente, puede ir a cualquier farmacia y recibir cobertura en este momento. Debe decirle al farmacéutico que calificó para la ayuda adicional, pero que actualmente no tiene cobertura de Medicare para recetas médicas. Asegúrese de llevar su tarjeta de Medicare y la carta en la que le otorgaron la ayuda adicional, junto con un ID con foto. Si está inscrito en Medicaid, también puede llevar su tarjeta de Medicaid o la carta que comprueba que tiene Medicaid. El farmacéutico podrá inscribirle en un plan para recetas médicas junto con la ayuda adicional. Dígale al farmacéutico que quiere usar el proceso de inscripción fácil Point-of-Sale (Anthem/Wellpoint). **Medicare no requiere que los farmacéuticos usen Wellpoint POS solution.** Si su farmacia no procesa las inscripciones a través de Wellpoint POS solution, usted puede intentar ir a otra farmacia para inscribirse.

CSR NOTE: The Point-of-Sale facilitated enrollment solution will allow the beneficiary to get a 14-day supply of a drug through WellPoint until their enrollment into a UNICARE plan is processed. If the beneficiary needs to fill another prescription before their enrollment is processed, they can go back to the pharmacy and get another 14-day supply.

CSR NOTE: If you receive a call from a pharmacist who does not understand the Point-of-Sale Facilitated Enrollment Solution (Anthem/Wellpoint), please use the script Drug Coverage LIS Wellpoint POS UNICARE.

CSR NOTE: If the Point-of-Sale Facilitated Enrollment Solution is not working, SCRIPT: Drug Coverage LIS Wellpoint POS UNICARE.

CSR NOTE: If caller says that the pharmacy will not help them get immediate coverage, do not file this as a complaint. Tell the caller they can try to enroll in the POS solution at a different pharmacy.

[\(End\)](#)

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: **CSR NOTE: Read this script if the caller lives in Illinois and received the extra help incorrectly.** En enero de 2007, se reportó incorrectamente aproximadamente a 12,000 beneficiarios de Medicare en Illinois a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por su sigla en inglés) como beneficiarios elegibles para recibir la ayuda adicional para pagar por los costos de las recetas médicas. Ninguna de estas personas ha reunido alguna vez los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid. Dado que esta información no se puede cambiar en el sistema de CMS, todos los beneficiarios afectados que participan en el programa de recetas médicas de Medicare, recibirán la ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2007. Estamos enterados del error y usted está autorizado a usar la ayuda adicional para pagar por sus recetas médicas. Si se vio afectado por este error y usted no está inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas, tal vez haya sido inscrito automáticamente en uno de estos planes. Si no desea ser parte de dicho programa, tendrá que retirarse del plan. También deberá rechazar la cobertura del programa de Medicare para medicamentos recetados para evitar que accidentalmente se le inscriba automáticamente en el futuro. Usted puede retirarse del plan en cualquier momento hasta fin de año. **CSR NOTE: If caller is not opted out, they will continue to be auto-enrolled until the opt out is processed in NGD.** Si tiene una cobertura válida/acreditable y este error está afectando a su cobertura, debe retirarse del plan y rechazar la cobertura del plan de Medicare de recetas médicas. Lamentamos el inconveniente que esto pudiera ocasionarle. Si decide quedarse con la cobertura de las recetas médicas, asegúrese de hablar con su otra compañía de seguro. Si deja su cobertura de empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarla. Si deja la cobertura de recetas médicas de su empleador o sindicato puede que también pierda la cobertura de salud que obtiene a través de su empleador o de su sindicato.	
Tips: TRANSFER = Tier 1 to MBS, to complete the disenrollment and opt-out. SCRIPT = Enrollment Disenrollment Periods Drug Coverage and Medicare Advantage SCRIPT = Drug Coverage and Other Coverage	

Status: Active

Deactivated Date: N/A

Script:

****CSR NOTE:** Use this script if the caller is asking about the financial status of the Universal Health Care Insurance Company's Private Fee-For-Service (PFFS) Plans (Any, Any, Any Plans). This only applies to **H5820**. It does **not** affect H5404 or H5429 HMO or PPO Plans. Universal Health Care operates a PFFS Plan in the following states: AZ, FL, GA, LA, NV, SC, TX, and UT.**

****Before using this script:** Check the MA PDP tab to make sure that the caller is in H5820. This script is **ONLY** for people in H5820. If the caller is **not** in H5820, use probing questions and other scripting to assist the caller. Do **NOT** use this script for people enrolled in H5404 or in H5429. Those plans do **NOT** have any financial issues and will continue to be Medicare plans.**

La compañía de seguros Universal Health Care Insurance Company ofrece los planes Any, Any, Any como planes privados de pago por servicio. En la actualidad, esta compañía enfrenta problemas financieros, y se ha firmado un acta de conciliación mediante el estado de Florida, lo cual **podría** suponer el cierre de la empresa Universal. Es importante subrayar que el cierre de la compañía puede ocurrir o no. Como consecuencia de esta situación, el plan no está admitiendo nuevas inscripciones.

Si la compañía de seguro Universal no cierra, usted seguirá recibiendo los beneficios al igual que lo hace ahora.

En cambio, si la compañía cierra, el plan Any, Any, Any dejará de ser un plan de Medicare. Si esto ocurre, a usted se le otorgará un período especial de inscripción (SEP) para que se inscriba en otro plan o compre una póliza Medigap para ayudarle con los costos que no cubre el Plan Original de Medicare. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) le enviarán una carta indicándole cuáles son sus opciones.

Independientemente de la situación, usted no perderá su cobertura de Medicare. Seguirá recibiendo los beneficios de salud a través de Medicare.

****CSR REMINDERS:**

- Do not give personal opinions about the plan.
- Do not file complaints against the plan unless it is a valid plan complaint. Use the PDP Plan Referral in the Surveys tab to determine if it's a valid complaint.

****If the caller asks about a letter on CMS' letterhead that states the Universal Plans will end on March 31, READ:**

Si recibe una carta informándole que el plan Any, Any, Any a partir del 31 de marzo de 2007 no pertenecerá más al programa Medicare, ignórela. Esta carta fue enviada por error por BlueCross BlueShield de Florida, sin la autorización de Medicare. Esta carta no debería de haberse enviado. Usted continúa inscrito en el plan Any, Any, Any.

****If the caller has specific questions about the possible termination and the court order, READ:**

Le daré el número telefónico para consultas del consumidor del Departamento de Servicios Financieros de Florida. El número es 1-800-342-2762. Puede llamar de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm, hora del Este. Allí le responderán a sus preguntas sobre la condición financiera de Universal Health Care Insurance Company.

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: En diciembre de 2005 se presentó una demanda contra 42 empresas farmacéuticas, entre las que se incluye GlaxoSmithKline (GSK, por su sigla en inglés). La demanda se inició porque los demandantes consideraban que se les había cobrado de más en concepto del coseguro pagado por ciertos medicamentos. GlaxoSmithKline es la primera compañía farmacéutica que ha propuesto llegar a un acuerdo.</p> <p>Se ha establecido un proceso de reclamación que les permitirá a los beneficiarios que cumplan con los criterios de selección recibir una parte del dinero ofrecido en el acuerdo. A los beneficiarios cuyos pagos por dichos medicamentos se basaron en el precio promedio al por mayor (AWP, por su sigla en inglés) el proceso de reclamación les permite recibir una parte del dinero propuesto en el acuerdo. Para hacerlo, estas personas deberán cumplir con ciertos criterios de selección.</p> <p>Si desea información sobre los criterios de selección o si desea obtener un formulario de reclamación, llame al 1-888-568-7645, de lunes a viernes, de las 9 de la mañana a las 6 de la tarde, hora del este. Los especialistas ahí le podrán ayudar a encontrar respuestas a todas sus preguntas. También, puede visitar el sitio Web www.gsksettlement.com.</p> <p>El acuerdo propuesto libera a GlaxoSmithKline de toda responsabilidad imputada en cualquier demanda futura. Sin embargo, la demanda contra las otras empresas sigue en pie.</p> <p>**If the caller has questions about the lawsuit in general (not specific to GlaxoSmithKline),</p> <p>READ: Para obtener más información sobre la demanda colectiva relacionada con los precios promedio al por mayor de medicamentos, usted puede llamar al 1-800-419-5391, de lunes a viernes, de las 9 de la mañana a las 6 de la tarde. Puede asimismo buscar información en el sitio de Internet www.awplitigation.net.</p>	
<p>Tips: TIP = The Average Wholesale Price is the standardized cost of a drug charged to a pharmacy provider by a large group of pharmaceutical wholesale suppliers. It varies per drug.</p>	

Plan Enrollment Reconciliation (Spanish)

****CSR NOTE:** Plans are not allowed to call 1-800 MEDICARE and request a retro-enrollment without the beneficiary on the line for the 2006 Enrollment Reconciliation. Instead, the plans should be informed that the beneficiary should call 1-800 MEDICARE to make such a request.**

****Read this script if the caller is asking about a change in his or her enrollment status OR if the caller is requesting a retroactive change to a 2006 enrollment.****

El 2006 fue el primer año en que Medicare ofreció el beneficio de recetas médicas. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) pusieron en práctica muchos sistemas nuevos de apoyo a este beneficio. Si bien el proceso de inscripción en los planes casi siempre funcionó como se esperaba, algunas inscripciones del 2006 no se reflejaron correctamente en los sistemas de CMS. Por este motivo, CMS ha estado trabajando para garantizar que los sistemas de Medicare reflejen correctamente la inscripción de cada beneficiario, para cada mes del año 2006. CMS ha completado recientemente el análisis de todos los datos de inscripción del 2006. En algunos casos, hubo que hacer correcciones a las inscripciones de ciertos beneficiarios que se realizaron en uno o más meses del 2006. Estas correcciones se enviaron a los planes Medicare para recetas médicas y a los Planes Medicare Advantage. Estos planes, por su parte, se encargaron de comunicárselo a los beneficiarios de Medicare.

Si usted recibió del plan una carta o llamada telefónica, el propósito de esta comunicación era para informarle del cambio en su inscripción que se realizó de acuerdo con la actualización de los registros de CMS. Sin embargo, no todos recibieron una carta o una llamada telefónica.

****CSR NOTE:** An enrollment change could result in a person with Medicare owing additional premiums or being owed a refund by one or more plans. If the person with Medicare has specific questions, he or she should contact the plan directly to discuss how the enrollment change will impact him or her.**

- **Si la fecha de inscripción en el Plan Medicare Advantage es retroactiva y las reclamaciones que ya fueron pagadas por el Plan Original de Medicare ahora le son denegadas**, comuníquese con el Plan Medicare Advantage para averiguar qué debe hacer para que paguen sus reclamaciones. Si su proveedor trata de cobrarle las facturas que han sido denegadas, debe comunicarse con su plan

****CSR NOTE:** Go to the 'MA PDP Enrollment' Applet within the MA PDP tab. To help the caller better understand what changed, provide the **complete** plan enrollment history for 2006.**

¿Está usted inscrito en el plan que desea, teniendo en cuenta la información que le acabo de dar?

YES

NO

[TOP](#)

[BACK](#)

Como usted ya está inscrito en el plan que desea, puede comunicarse con el mismo si tiene más preguntas.

****If the caller is in the plan that they want, but they don't agree with something else about the change OR they are requesting some other retroactive change that will affect their 2006 enrollment information [CLICK HERE](#).****

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)[BACK](#)

Puedo inscribirlo en el plan que usted prefiere. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes próximo. Recibirá información del plan dentro de los próximos 14 días.

What is the name or Contract number of the plan that you want to be enrolled in?

Si no sabe cuál es el número de contrato, tal vez pueda encontrarlo en:

- La tarjeta de identificación del plan. El número de contrato aparece en el extremo inferior derecho (abajo a la derecha) de la tarjeta. [REFERENCE MATERIAL = Model Drug Coverage Member Identification Card, and Model MA PDP Member Identification Card]
- En las cartas que ha recibido de su plan. El número de contrato aparece en el extremo inferior izquierdo (abajo a la izquierda) de la carta.
- En la explicación de beneficios de su plan (EOB).

****CSR NOTE:** Use the CSR Plan Finder Tool to enroll the caller into the plan he or she wants to be in. You should use the SEP reason in the OEC called "For CMS Use Only." You need to enter "1-800-MEDICARE Enrollment Reconciliation SEP" in the comments box.**

****Enter the OEC confirmation number into NGD.****

****If the "Enroll Now" button does not show in the CSR Plan Finder Tool for the plan the beneficiary wants to be in, [CLICK HERE](#)****

****If the beneficiary is insistent that he or she does not want the change to occur at all OR they are requesting some other retroactive change that will affect their 2006 enrollment information, [CLICK HERE](#).****

[TOP](#)[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE:** Plans are not allowed to call 1-800 MEDICARE and request a retro-enrollment without the beneficiary on the line for the 2006 Enrollment Reconciliation. Instead, the plans should be informed that the beneficiary should call 1-800 MEDICARE to make such a request. ******

Transferiré su llamada a otro representante de servicio al cliente quien le hará otras preguntas. Por favor permanezca en la línea mientras transfiero la llamada.

****CSR NOTE:** Warm transfer to Help Queue to file an Enrollment Exception (EE). Explain that this is the script you used and the caller's situation. ******

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****If the "Enroll" button is not available for the beneficiary's plan of choice, READ:** El plan en que usted desea inscribirse no participa en el programa de inscripción por Internet. Transferiré su llamada a otro representante de servicio al cliente, quien le pedirá información para poder presentar su solicitud de inscripción en el plan. Por favor permanezca en la línea mientras transfiero su llamada.

****CSR NOTE:** Warm transfer to Help Queue to file an "Enrollment Exception" (EE). Explain that you used the script "Plan Enrollment Reconciliation Letter." **You must provide the following information to the Help Queue:**

"The beneficiary wants to enroll into [PLAN NAME], which is [CONTRACT NUMBER]. However, the plan does not participate in online enrollment in the CSR Plan Finder Tool."

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE:** Plans are not allowed to call 1-800 MEDICARE and request a retro-enrollment without the beneficiary on the line for the 2006 Enrollment Reconciliation. Instead, the plans should be informed that the beneficiary should call 1-800 MEDICARE to make such a request.**

No puedo hacer el cambio retroactivo que usted pide, pero puedo transferir su llamada a alguien quien puede explicar cómo le afectará el cambio. Después, su solicitud del cambio retroactivo se enviará a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para su revisión.

****CSR NOTE:** If you haven't done so already, use the CSR Plan Finder Tool to enroll the caller into the plan he or she wants to be in. You should use the SEP reason in the OEC called "For CMS Use Only." You need to enter "1-800-MEDICARE Enrollment Reconciliation SEP" in the comments box.**

****After you have enrolled the caller:**

- Enter the OEC confirmation number into NGD.

AND

- [CLICK HERE](#) for instructions on transferring to Help Queue.

****If the "Enroll Now" button does not show in the CSR Plan Finder Tool for the plan the beneficiary wants to be in, [CLICK HERE](#).****

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Transferiré su llamada a otro representante de servicio al cliente quien le hará otras preguntas. Por favor permanezca en la línea mientras transfiero la llamada.

****CSR NOTE:** Warm transfer to Help Queue to file an Enrollment Exception (Enrollment Reconciliation - Dissatisfied with Decision). Explain that this is the script you used. **You must provide the following information to Help Queue:**

"I enrolled the beneficiary into [PLAN NAME], which is [CONTRACT NUMBER]. The effective date will be the first day of the next month. The caller wants [FILL IN THE BLANK] to happen."

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: **Use this script if the caller was enrolled into Coventry Advantra Freedom Private Fee-for-Service Plan (H5227, PBP 802) by West Virginia Public Employees Insurance Agency (PEIA).**</p> <p>**If the caller was enrolled into Coventry Advantra Freedom PFFS plan, READ: A partir del 1 de julio de 2007, la Agencia de Seguro para Empleados Públicos de West Virginia (PEIA, por su siglas en inglés) tiene un contrato con Coventry Health and Life Insurance para brindar cobertura de servicios de salud y de recetas médicas a los jubilados que sean elegibles para Medicare. Este es el motivo por el cual usted fue inscrito en el Plan Privado de Pago-por-Servicio Advantra Freedom, que es un Plan Medicare Advantage con cobertura de recetas médicas, ofrecido por Coventry.</p> <p>Se le envió un paquete previo a la inscripción en la semana del 4 de abril de 2007 en el que se le explicaba este cambio. Revise los documentos del paquete y si tiene preguntas o desea hacer cambios, puedo proporcionarle un número de teléfono para que obtenga más información.</p> <p>La línea de servicio al cliente de PEIA Advantra Freedom atiende de lunes a viernes de las 8 a.m. a las 10 p.m. Hora del Este. El número de teléfono es 1-877-337-4178. Le pueden responder sus preguntas antes de que tome cualquier decisión.</p> <p>**If the caller wants to disenroll from the Advantra Freedom Private Fee-for-Service Plan or wants to enroll into another plan, READ: Es importante que entienda cómo ciertos cambios podrían afectar su cobertura y la de sus dependientes. Si se da de baja, su cobertura actual podría terminar para usted y sus dependientes. Llame al servicio al cliente de PEIA Advantra Freedom antes de tomar cualquier decisión. Ellos responderán a sus preguntas. (**CSR NOTE: If the caller has already contacted PEIA and indicates he or she understands the consequences of an enrollment or disenrollment but still wishes to make a change, you should process the enrollment or disenrollment request.**)</p> <p>**If caller wants to know who PEIA is, READ: La Agencia de Seguro para Empleados Públicos de West Virginia (PEIA, por su sigla en inglés) es una agencia que brinda beneficios médicos a los jubilados del estado de West Virginia y a varios programas para jubilados que no son del estado.</p>	
<p>Tips: TIP = Process the enrollment or disenrollment request ONLY if the caller has already contacted PEIA and indicates he or she understands the consequences. REFERRAL = PEIA Advantra Freedom at 1-877-337-4178 TIP = The TTD number to PEIA Advantra Freedom is 1-866-386-2335. TRANSFER = If caller wishes to receive coverage information for the Advantra Freedom PFFS Plan, transfer to a General Medicare Tier II CSR.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: **CSR NOTE: This script should be used only by Richmond Super Users participating in this pilot. Super Users will use this script when making a 3-way call to a drug plan with the beneficiary on the line.**</p> <p>**Reasons for using this script and calling the drug plan may include:</p> <ul style="list-style-type: none">• LIS (extra help) is not showing in the system• Plan enrollment is not showing• Premium issues/questions that are normally referred to the plan (not limited to incorrect premium amounts)• Disenrollment issues (including people who are still receiving bills from the drug plan)• All drug coverage issues that usually are referred to the plan.• Complaint issues against the plan (go to the script "Plan Complaints" in the PDP Plan Referral Survey for examples). If more than one complaint has been filed, and the beneficiary has not been contacted after 5 days (or 48 hours for urgent issues), continue with the conference call. <p>**CSR NOTE: If you determine that a call should be made to Humana, go to the script "Plan Specific Humana First Seniority Freedom United Sierra Health Universal American MemberHealth," click Humana, then Humana Complaints. Follow the directions in the script for pilot CSRs.**</p> <p>Before making the conference call, READ: Para resolver el problema, podemos hacer una conferencia telefónica con usted y su plan de cobertura de recetas médicas. Por favor espere un momento mientras incluyo al representante del plan en la llamada.</p> <p>**CSR NOTE: You can get the plan's phone number out of the MA PDP tab or from the CSR Plan Finder Tool. On your phone, use the Conference button to initiate the 3-way call.**</p> <p>READ to the drug plan representative: Mi nombre es [CSR NAME] y llamo del 1-800-MEDICARE. Tengo en la línea a uno de sus miembros. Su nombre es [BENEFICIARY NAME] y nos llamó porque [REASON]. Nosotros estamos llamando porque [EXPLAIN THE ISSUE AND WHAT THE PLAN CAN DO TO HELP].</p> <p>**CSR NOTE: If the plan is assisting the beneficiary and you are no longer needed, alert both the beneficiary and the drug plan representative that you will release the call. When you press the Release button, the beneficiary and the plan will stay connected.**</p>	
Tips:	

America's Health Choice Plan Terminations **(Spanish)**

START » Use this script if the caller was affected by or has questions about the termination of the America's Health Choice, Inc.'s Medicare Advantage Plan (H1034) or Medicare prescription drug plan (S9086). Check the MA PDP tab to make sure the caller was in H1034 or S9086.

Click on the link corresponding to the caller's plan:

**America's Health
Choice Medicare
Advantage Plan
(H1034)**

**America's Health
Choice Medicare
prescription drug plan
(S9086)**

America's Health Choice Medicare Advantage Plan (H1034)

[TOP](#)[BACK](#)

****CSR NOTE: Use this section if the caller was affected by or has questions about the termination of the America's Health Choice, Inc.'s Medicare Advantage Plan (H1034). The service area of this plan included the following counties in Florida: Broward, Martin, St. Lucie, Indian River, Palm Beach and Okeechobee and zip codes 32949 and 32976 in Brevard.****

A partir del 19 de julio de 2007, la compañía de seguros America's Health Choice dejó de ofrecer su Plan Medicare Advantage. Usted debió recibir una carta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), en la que le explican la situación y sus opciones.

Para proteger los beneficios que usted recibe de Medicare, CMS lo han inscrito en el plan Medicare Complete Choice de la compañía de seguros SecureHorizons. CMS escogió este plan de Medicare porque está disponible en la zona donde usted reside y ofrece beneficios que son similares a los que tenía con America's Health Choice. Puede comunicarse con SecureHorizons al 1-888-507-9352 (TTY: 1-888-685-8480). Los representantes podrán atenderle los siete días de la semana, de las 8 de la mañana a las 8 de la noche (hora del este).

Su inscripción en el plan Medicare Complete Choice de SecureHorizons entró en vigencia el 20 de julio de 2007. Este plan también incluye la cobertura de recetas médicas. Usted puede seguir atendiéndose con su médico actual o con cualquier otro proveedor de la red. Si su proveedor no participa en la red de SecureHorizons, usted seguirá pagando, hasta el 29 de septiembre de 2007, los costos compartidos que pagaría si se atendiera con un proveedor de la red del plan. Después de esa fecha, tendrá que pagar más si desea atenderse con proveedores que no pertenezcan a la red del plan.

Si usted no desea el plan de SecureHorizons, puede aprovechar un período especial de inscripción que termina el 30 de septiembre de 2007, para escoger otro plan. Usted puede elegir de entre las cuatro opciones siguientes:

- Otro Plan Medicare Advantage.
- Regresar al Plan Original de Medicare. Si escoge regresar al Plan Original de Medicare y quiere obtener la cobertura de medicamentos, también tendrá que inscribirse en un Plan Medicare para recetas médicas
- Regresar al Plan Original de Medicare sin la cobertura de medicamentos. Si escoge esta opción, perderá la cobertura Medicare de recetas médicas.
- Regresar al Plan Original de Medicare, inscribirse en un Plan Medicare para recetas médicas y comprar una póliza Medigap. Si escoge esta opción, sólo tendrá hasta el 20 de septiembre de 2007 para comprar ciertas pólizas Medigap. (En la página siete de la carta la fecha es errónea, la fecha correcta es el 20 de septiembre de 2007). Si

desea más información sobre sus derechos Medigap, puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) al 1-800-963-5537.

Independientemente de la opción que elija, no perderá su cobertura de Medicare. Usted continuará recibiendo los beneficios de salud a través de Medicare.

****CSR NOTE:** If the caller chooses one of the options above, go to the CSR Plan Finder Tool and assist the caller with his or her enrollment. A Tier I CSR will transfer to a Tier II CSR **only** if the caller wants to compare and enroll into a Medicare Advantage Plan or would like information about Medigap policies.**

For additional information, choose the appropriate link:

Questions about Part B premium reduction	Questions about SecureHorizons and provider access	Questions about claims prior to the termination
Caller was in America's Health Choice Total Care Plan (a Special Needs Plan)	Caller has ESRD and asks about enrollments into other plans	Caller was in an MA-only Plan and has questions about the late enrollment penalty

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

If the caller says he or she was in America's Health Choice plan H1034 (PBP 005, 006, or 007, 019, 020 or 021), which included a Part B premium reduction, READ:

Si usted decide quedarse en el plan de SecureHorizons, ya no tendrá la reducción de la prima de la Parte B. Esto significa que la cantidad que paga por la prima de la Parte B aumentará y el cheque que recibe del Seguro Social disminuirá. Puede que pasen algunos meses antes de que note este cambio en los pagos del Seguro Social.

ASK: ¿Le interesa averiguar sobre otros planes en su zona que ofrezcan una reducción en la prima de la Parte B?

****CSR NOTE:** Go to the Reference Materials document "America's Health Choice Plan H1034 Termination" and give the caller information on other plans in his or her county. If the caller wants plan contact information, search for the contract ID number in Agent Partner Search and provide the plan telephone number.**

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

If the caller has specific questions about SecureHorizons or provider access, READ:

Dado que tiene preguntas sobre los beneficios y el acceso a los proveedores de SecureHorizons, tendrá que comunicarse con el Servicio al Cliente del plan. El número de teléfono es el 1-888-507-9352 (TTY: 1-888-685-8480). Los representantes podrán atenderle los siete días de la semana, de las 8 de la mañana a las 8 de la noche (hora del este).

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

**If the caller was in America's Health Choice Total Care Plan (a Special Needs Plan),
READ:**

Para proteger los beneficios que recibe de Medicare, usted fue inscrito en un Plan para Necesidades Especiales de SecureHorizons llamado Evercare Plan RDP. CMS escogió este plan de Medicare porque está disponible en la zona donde usted reside y ofrece beneficios que son similares a los que tenía con America's Health Choice.

Su inscripción en el plan Evercare entrará en vigencia el 20 de julio del 2007. Este plan también incluye la cobertura de recetas médicas. Usted puede seguir atendiéndose con su médico actual o con cualquier otro proveedor de la red hasta el 29 de septiembre de 2007.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

If the beneficiary wants to know what to do with claims for services provided from July 1 - 19, 2007, READ:

SecureHorizons es responsable por el pago de dichos servicios con fecha retroactiva al 1 de julio de 2007. Usted tendrá que llamar a un representante de servicio al cliente de SecureHorizons al 1-888-507-9352 (TTY: 1-888-685-8480). Los representantes podrán atenderle los siete días de la semana, de las 8 de la mañana a las 8 de la noche (hora del este).

If the beneficiary wants to know what to do with claims for services provided before July 1, 2007, READ:

America's Health Choice, Inc (AHC) es responsable por el pago de los servicios que usted haya recibido antes del 1 de julio del 2007. Si tiene preguntas sobre las reclamaciones, tendrá que comunicarse con un representante de servicio al cliente de America's Health Choice. El número de teléfono es el 1-800-781-9830 (TTY: 1-877-660-6651). Los representantes podrán atenderle los siete días de la semana, de las 8 de la mañana a las 8 de la noche (hora del este).

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

If the caller is in SecureHorizons Medicare Complete Choice (R5287) and has ESRD and has questions about changing his or her plan, READ:

Si usted padece de enfermedad renal en etapa final (o sea, enfermedad renal terminal) y no desea quedarse en el plan de SecureHorizons, puede inscribirse en otro plan que usted escoja, para el 30 de septiembre de 2007. Si opta por inscribirse en otro plan, su cobertura entrará en vigencia el 1 de julio de 2007, al igual que su cobertura de SecureHorizons.

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE:** Check to see if the caller was previously enrolled in H1034 (PDP 019, 020, 021) and has questions about enrolling in another MA-PD Plan, creditable coverage, or the late enrollment penalty.**

Si usted opta por quedarse en el plan de SecureHorizons que le escogió Medicare o si elige inscribirse en otro plan que ofrezca cobertura de medicamentos, puede que se le cobre una multa por inscripción tardía, o sea, la inscripción fuera del plazo establecido. Quizás tenga que pagar esta multa si no tenía cobertura de recetas médicas que era por lo menos tan buena como la de Medicare. A esta cobertura también se le conoce como "cobertura acreditable". El nuevo plan le mandará información sobre esta multa, si corresponde a su caso.

La cantidad de la multa por inscripción tardía se calculará de acuerdo con el número de meses que usted lleve sin cobertura acreditable, según lo informa el plan. La multa formará parte de la prima mensual de su plan de recetas médicas. ****SCRIPT = Drug Coverage Cost Information****

If the caller asks if he or she is exempt from a late enrollment penalty because he or she joined a Medicare drug plan during a special enrollment period, READ:

Si reúne los requisitos para aprovechar el período de inscripción especial, no se le exime de la responsabilidad de pagar la multa por inscripción tardía, si corresponde a su caso.

Puede que tenga que pagar esa multa si no se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas cuando tuvo el derecho de hacerlo por primera vez.

If the caller asks what happens if he or she doesn't pay the late enrollment penalty, READ:

La multa por inscripción tardía se considera parte de la prima de Medicare. En caso de que usted no pague la multa, es posible que cancelen su inscripción en el plan de Medicare, si las normas del plan exigen la desafiliación de los que no paguen sus primas.

If the caller doesn't agree with the late enrollment penalty, READ:

Si no está conforme con la multa por inscripción tardía, puede solicitar que Medicare revise el caso. A este recurso se le conoce como "reconsideración". Su plan le dará el formulario de solicitud de reconsideración cuando le envíe la carta diciéndole que necesita pagar la multa por inscripción tardía. Usted deberá llenar el formulario de solicitud y luego remitirlo por correo o por fax, dentro de los 60 días siguientes a la fecha del aviso de multa. La dirección de envío y el número de fax se encuentran impresos en el formulario de solicitud. Además, conviene adjuntar al formulario cualquier documentación que justifique la solicitud, como por ejemplo, información sobre la cobertura de recetas médicas que usted tenga y que sea acreditable.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = Drug Coverage Cost Information

[TOP](#)

[BACK](#)

America's Health Choice Medicare prescription drug plan (S9086)

[TOP](#)

[BACK](#)

****CSR NOTE: Use this section if the caller will be affected by or has questions about the termination of the America's Health Choice, Inc.'s prescription drug plan (S9086). The service area of this plan includes the entire state of Florida.****

A partir del 1 de septiembre de 2007, la compañía de seguros America's Health Choice dejará de ofrecer su plan para recetas médicas. Dentro de unos días, usted recibirá una carta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), en la que le explicará la situación y sus opciones.

Para proteger los beneficios que usted recibe de Medicare, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid lo inscribirán en otro plan para recetas médicas. El nuevo plan se llama "AARP Medicare Rx Plan Saver", y lo ofrece la compañía de seguros United HealthCare. CMS escogió este plan de Medicare porque está disponible en la zona donde usted reside y ofrece beneficios que son similares a los que tenía con America's Health Choice.

Si usted no hace nada, será inscrito en el plan AARP Medicare Rx Plan Saver de United HealthCare, y su cobertura de recetas médicas empezará a partir del 1 de septiembre del 2007. Puede continuar recibiendo servicios de salud del mismo médico con el que se atiende actualmente. Este cambio en su cobertura de recetas médicas no supone ningún cambio en la cobertura médica que recibe de su Plan Original de Medicare.

Si usted no desea el plan AARP Medicare Rx Plan Saver, puede aprovechar un período de inscripción especial para escoger otro plan. Este período de inscripción especial termina el 31 de octubre del 2007.

Independientemente de la opción que elija, no perderá su cobertura de Medicare. Usted continuará recibiendo los beneficios de salud a través de Medicare.

****CSR NOTE:** If the caller wants to enroll in a different plan, go to the CSR Plan Finder Tool and assist the caller with his or her enrollment. A Tier I CSR will transfer to a Tier II CSR **only** if the caller wants to compare and enroll into a Medicare Advantage Plan or would like information about Medigap policies.**

****CSR NOTE: If the caller has specific questions about United HealthCare Insurance Company or provider access, READ:** Le voy a dar el número telefónico del centro de atención al cliente de la compañía de seguros United HealthCare. Los representantes podrán contestar cualquier pregunta que usted tenga sobre los beneficios. El número de teléfono es 866-310-0761 (TTY: 1-877-730-4192). Los representantes pueden atender su llamada las 24 horas del día, los siete días de la semana.

****CSR NOTE: If the caller asks what to do with claims for service provided on September 1, 2007 or after, READ:** La compañía de seguros United HealthCare es responsable del pago de los servicios prestados a usted a partir del 1 de septiembre del 2007. Le voy a dar el número telefónico del centro de atención al cliente de la compañía de seguros United HealthCare. Los representantes podrán contestar cualquier pregunta que usted tenga sobre estas reclamaciones. El número de teléfono es 866-310-0761 (TTY: 1-877-730-4192). Los representantes pueden atender su llamada las 24 horas del día, los siete días de la semana.

****CSR NOTE: If the caller asks what to do with claims for service provided before September 1, 2007, READ:** La compañía de seguros America's Health Choice Medical Plans es responsable del pago de los servicios prestados a usted antes del 1 de septiembre del 2007. Si ha recibido productos y servicios mientras tenía la cobertura de America's Health Choice (hasta el 31 de agosto del 2007), usted será responsable de pagar solamente los copagos, deducibles y coseguro. Le voy a dar el número telefónico del centro de atención al cliente de America's Health Choice. Los representantes podrán contestar cualquier pregunta que usted tenga sobre estas reclamaciones. El número de teléfono es 1-800-781-9830 (TTY: 1-877-660-6651). Los representantes pueden atender su llamada de las 8 de la mañana a las 8 de la tarde (hora del este).

****CSR NOTE: If the caller says he or she is currently taking a drug that is not on the AARP Medicare Rx Plan formulary, READ:** Usted tendrá un período de transición durante el cual podrá cambiar a un medicamento que esté cubierto por el plan de AARP. Durante este período de transición, el plan AARP Medicare Rx cubrirá su receta médica de forma temporal en lo que colabora con usted y su médico para encontrar otra que se encuentre en el formulario de medicamentos del plan.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) at 1-800-963-5337 (1-800-96-ELDER).

[TOP](#)

[BACK](#)

Status: Active

Deactivated Date: N/A

Script:

****CSR NOTE:** Use this script if the caller will be affected by or has questions about the termination of the SunCoast Physicians Health Plan, Inc.'s Medicare Advantage Plan (H5942). The service area of this plan includes the following counties in Florida: Broward, Dade and Palm Beach.**

A partir de la media noche del 13 de agosto de 2007, la compañía de seguros SunCoast Physicians Health Plan dejará de ofrecer un Plan Medicare Advantage. Por lo tanto, para proteger los beneficios que usted recibe de Medicare, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) lo han inscrito en el plan Gold Plus de Humana. CMS escogió este plan porque es el plan de Medicare en su zona que ofrece beneficios que son similares a los que tenía con SunCoast Physicians Health Plan. Usted podrá recibir servicios de este nuevo plan, a partir del 14 de agosto de 2007. En unos días, usted recibirá una carta de CMS que explica la situación y las opciones que tiene a su disposición.

Si usted decide no tomar ninguna acción, será automáticamente inscrito en el plan Gold Plus de Humana y su cobertura comenzará el 14 de agosto de 2007. Este plan incluye cobertura de Medicare para recetas médicas. Usted puede continuar recibiendo servicios de su médico actual o de cualquier otro proveedor de su elección, hasta el 31 de octubre de 2007.

Si usted no desea ser inscrito en el plan Gold Plus de Humana, puede elegir de entre las cuatro siguientes opciones:

- Escoger otro plan de Medicare, durante el período de inscripción especial que termina el 31 de octubre de 2007.
- Escoger el Plan Original de Medicare. Si escoge el Plan Original de Medicare y quiere obtener la cobertura de medicamentos, tendrá que inscribirse en un Plan Medicare para Recetas Médicas.
- Escoger el Plan Original de Medicare sin la cobertura de medicamentos. Sin embargo, si usted escoge esta opción, perderá la cobertura de recetas médicas.
- Escoger el Plan Original de Medicare, inscribirse en un Plan Medicare para Recetas Médicas y comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare). Usted tiene derechos especiales a los que se les conoce como "protecciones de Medigap" o "derechos garantizados". Si usted tiene derechos garantizados y compra una póliza Medigap, en ciertas situaciones la compañía debe vender ciertas pólizas de seguro, debe cubrir problemas médicos preexistentes y no puede cobrarle más dinero por problemas médicos que usted haya tenido en el pasado o que tenga en el presente. Si regresa al Plan Original de Medicare, usted tendrá hasta el 15 de octubre de 2007 para obtener una póliza Medigap y hasta el 31 de octubre de 2007 para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. La carta que CMS le envió indica que se puede obtener una póliza Medigap hasta el 12 de octubre de 2007; la fecha es errónea. Usted tiene hasta el 15 de octubre de 2007 para inscribirse en una póliza Medigap.

No importa cuál sea la opción que usted elija, no perderá su cobertura de Medicare. Continuará recibiendo sus beneficios de salud a través de Medicare.

If the caller has specific questions about Humana Gold Plus or provider access, READ:

Le voy a dar el número telefónico del Servicio al Cliente de Humana. Los representantes de Humana le contestarán cualquier pregunta que tenga sobre los beneficios. El número es 1-800-819-6931 (Para TTY, el número es 1-800-833-3301). Los representantes de Humana están disponibles para ayudarle de lunes a sábado, de las 8 de la mañana a las 8 de la tarde, y el domingo, de las 10 de la mañana a las 8 de la tarde (hora del este).