



## Su Guía sobre la Cobertura de Medicare de los Medicamentos Recetados

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

- Cómo trabaja esta cobertura
- Cómo obtener Ayuda Adicional si tiene ingresos y recursos limitados
- Cómo esta cobertura afectará a su cobertura de recetas médicas actual



*“Su Guía sobre la cobertura de Medicare de los Medicamentos Recetados”* no es un documento legal. Las disposiciones oficiales del programa Medicare están enunciadas en las leyes, normas y fallos correspondientes.

# Contenido

## 5 Sección 1: Lo básico

- 5 La cobertura de recetas médicas de Medicare es un seguro.
- 7 Escoja la cobertura de recetas médicas más conveniente para sus necesidades.
- 8 Obtenga ayuda con sus opciones

## 9 Sección 2: Cómo trabajan los planes

- 10 ¿Cómo difiere esta cobertura de la cobertura de la Parte B para ciertos medicamentos?
- 10 ¿Qué planes están disponibles en mi zona?
- 11 ¿Cuánto me costará la cobertura de mis recetas médicas?
- 15 ¿Cómo puedo pagar la prima del plan?
- 16 ¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o cancelar un plan Medicare de recetas médicas?
- 17 ¿Cómo puedo cambiar de plan?
- 17 ¿Cómo puedo inscribirme en un plan?
- 17 ¿Qué es la multa por inscripción tardía en la Parte D?
- 18 ¿Cómo evito pagar la penalidad?
- 19 ¿Cuál es el monto de la penalidad?
- 20 ¿Qué información necesito para inscribirme en un plan?
- 20 ¿Recibiré una tarjeta separada para mi plan de Medicare de medicamentos recetados?
- 21 ¿Qué pasa si tengo que adquirir un medicamento antes de recibir mi tarjeta?
- 22 ¿Dónde puedo comprar mis medicamentos?
- 22 ¿Cuáles son las normas especiales de inscripción para las personas que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés)?

- 24 ¿Cuáles son los medicamentos cubiertos por los planes de Medicare?
- 27 ¿Qué pasa si cuando entra en vigencia la cobertura yo estoy tomando un medicamento que no está en la lista del plan?
- 28 ¿Qué ocurre si me inscribo en un plan y luego mi médico cambia mi receta?

## 29 Sección 3: Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

- 29 Las maneras en las que puede obtener la Ayuda Adicional.
- 33 Solicitud de la Ayuda Adicional.
- 35 ¿Por cuánto tiempo recibiré la Ayuda Adicional si soy elegible?
- 38 ¿Qué puedo hacer si me deniegan la solicitud de la Ayuda Adicional?
- 39 ¿Qué puedo hacer si no soy elegible para la Ayuda Adicional?

## 41 Sección 4: Sus opciones de cobertura

- 41 Ayuda con las decisiones sobre la cobertura de las recetas médicas.
- 42 ¿Qué debo considerar antes de inscribirme en un plan Medicare?
- 44 Yo sólo tengo la Parte A y/o B y no tengo cobertura de las recetas médicas.
- 44 Tengo Medicare y una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) sin la cobertura de recetas médicas.
- 45 Tengo una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que cubre mis recetas médicas y Medicare.
- 46 Tengo Medicare y la cobertura de las recetas médicas de mi empleador o sindicato actual o pasado.

## Contenido (continuación)

- 48 Tengo Medicare y el Seguro Médico para Empleados Federales (FEHB en inglés).
- 49 Tengo Medicare y TRICARE o los beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) que incluyen la cobertura de recetas médicas.
- 50 Tengo un plan de salud de Medicare que no cubre las recetas médicas.
- 51 Tengo un plan de salud de Medicare que cubre las recetas médicas.
- 52 Tengo Medicare y Medicaid
- 53 Tengo Medicare y recibo la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés), o ayuda de Medicaid para pagar mis primas de Medicare Parte B (pertenezco a un Programa de Ahorros de Medicare).
- 54 Tengo Medicare y vivo en un asilo para ancianos o institución.
- 55 Tengo Medicare y los beneficios del Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE por su sigla en inglés).
- 56 Tengo Medicare y recibo ayuda del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés) para pagar por mis medicamentos.
- 57 Recibo ayuda de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el SIDA (ADAP por su sigla en inglés).
- 58 Tengo Medicare y la cobertura de las recetas médicas del Servicio de Salud para Indígenas, Tribu u Organización de Salud Tribal o del Programa Urbano de Salud para Indígenas.
- 59 Sección 5: Los pasos para escoger un plan**
  - 59 1er. Paso: Reúna información sobre su cobertura de medicamentos actual y sobre sus necesidades.
  - 60 2do. Paso: Compare los planes Medicare de recetas médicas teniendo en cuenta su precio, cobertura, conveniencia y servicio al cliente.
  - 62 3er. Paso: Escoja el plan que le convenga más e inscríbese.
- 63 Sección 6: Sus derechos y apelaciones**
  - 63 ¿Cómo puedo protegerme contra el fraude y el robo de identidad?
  - 64 ¿Qué puedo hacer si necesito asistencia para pedir la Ayuda Adicional o para inscribirme en un plan Medicare de recetas médicas o para solicitar una determinación de cobertura o apelación?
  - 65 ¿Qué puedo hacer si mi inscripción en un plan Medicare de recetas médicas es rechazada?
  - 66 ¿Qué puedo hacer si mi plan no cubre un medicamento que necesito?
  - 67 ¿Cómo puede apelar una decisión?
  - 70 ¿Qué puedo hacer si estoy en desacuerdo con la multa por inscripción tardía?
  - 71 ¿Qué puedo hacer si tengo una queja sobre mi plan?
- 73 Sección 7: Si desea más información**
  - 75 Números de teléfono de los Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)
  - 77 Definiciones

## 81 Índice

## Lo básico

### La cobertura de recetas médicas de Medicare es un seguro.

La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D) se agrega a su cobertura de salud de Medicare. La cobertura de recetas médicas le ayuda a pagar los medicamentos de marca tanto como los medicamentos genéricos. Los planes Medicare de medicamentos recetados son ofrecidos por las compañías de seguro y por otras compañías privadas aprobadas por Medicare.

Hay dos tipos de planes Medicare de recetas médicas:

- **Los Planes de Medicamentos Recetados** (conocidos como PDP) que agregan la cobertura al **Medicare Original**, a los **Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS)**, a los **Planes Medicare de Costo**, y a los **Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)**.
- Los **Planes Medicare Advantage** (como los HMO o PPO) u otros **planes de salud de Medicare** que ofrecen la cobertura de recetas médicas. Usted generalmente obtiene todos sus servicios de Medicare Parte A (seguro del hospital), Medicare Parte B (seguro médico) y Parte D a través de estos planes. A los planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados se les conoce como “MA-PD”.

El término “planes Medicare de recetas médicas” se usará a lo largo de toda la publicación para referirse a todos los planes de Medicare de medicamentos recetados. Usted debe escoger e inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para recibir dicha cobertura.

Todos los beneficiarios de Medicare tienen que tomar una decisión sobre la cobertura de sus recetas médicas. Aun si usted actualmente no necesita medicamentos recetados igual debería inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare, para reducir los costos de sus medicamentos recetados y protegerlo contra los aumentos futuros. Si es nuevo en el programa Medicare y ya tiene una cobertura de medicamentos recetados, ahora tiene nuevas opciones para considerar. Si no es nuevo en Medicare, tiene la oportunidad de revisar sus opciones para escoger el plan que le convenga más. Usted podrá inscribirse o cambiar de plan de medicamentos entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, y su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 1

## Lo básico

---

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

Para inscribirse en un **Plan de Medicare de Medicamentos Recetados**, usted debe tener la Parte A (Seguro de hospital) o la Parte B (Seguro médico). Para inscribirse en un **Plan de Medicare Advantage** o en otro **plan de salud de Medicare** Medicare con cobertura de recetas médicas, tiene que tener las Partes A y B. Además, usted tiene que vivir en la zona de servicio del plan en el que desea inscribirse.

Los planes de medicamentos de Medicare varían en cuanto a los medicamentos que cubren, la cantidad que hay que pagar y las farmacias que se pueden utilizar. Todos los planes de medicamentos deben proveer por lo menos el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Sin embargo, los planes ofrecen diferentes combinaciones de cobertura y de costos. Al tener una variedad de planes, usted podrá escoger la cobertura que desea al precio que pueda pagar.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

Si decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, asegúrese de comparar los planes en su área y de escoger el más adecuado para sus necesidades. Si usted decide no inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando es elegible para Medicare y no tiene una cobertura de las recetas médicas que, en promedio, se espera que pague por lo menos la cantidad estándar que paga la cobertura de Medicare (**Cobertura válida de medicamentos**), quizá tenga que pagar una **multa** por inscribirse tarde si decide hacerlo después. La multa es adicional a su **prima** mensual mientras que tenga un plan de Medicare de los medicamentos recetados.

La ley de salud hace que la cobertura de Medicare de las recetas médicas sea más accesible e irá cancelando gradualmente la interrupción en la cobertura (*donut hole* en inglés). Si usted llega a período de interrupción en la cobertura, le darán un descuento del 50% en los medicamentos de marca cubiertos y alguna cobertura de los medicamentos genéricos durante la interrupción. Si desea más información, consulte la Sección 2.

# 1

## Lo básico

---

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

Tómese su tiempo para comparar las distintas coberturas antes de tomar una decisión. Fíjese en la cobertura de medicamentos que tenga como la cobertura de recetas médicas que recibe de su empleador o Tómese su tiempo para comparar las distintas coberturas antes de tomar una decisión. Fíjese en la cobertura de medicamentos que tenga como la cobertura de recetas médicas que recibe de su empleador o sindicato, TRICARE, del Departamento de Asuntos de Veteranos, del Servicio de Salud para Indígenas o de una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare). Compare su cobertura actual con la de los planes Medicare de medicamentos recetados. La cobertura que tiene ahora podría cambiar si obtiene la cobertura de recetas médicas de Medicare por lo tanto, es importante que tenga en cuenta todas sus opciones.

Si tiene (o es elegible para) otro tipo de cobertura de medicamentos, lea atentamente los documentos que le mandan su compañía de seguro o el plan. Hable con su administrador de beneficios, el proveedor de su plan o compañía de seguro antes de hacer cualquier cambio a su cobertura actual.

**Nota:** La cobertura de medicamentos recetados es un seguro. Las muestras gratis de los médicos, las tarjetas de descuento, las clínicas gratuitas o sitios Web que ofrecen medicamentos con descuento **no** se consideran como cobertura de medicamentos **ni** como **cobertura válida de medicamentos**.

La Sección 4 incluye información sobre cómo podría afectar esta cobertura de Medicare a su cobertura actual.

# 1

## Lo básico

---

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77-80.

### Obtenga ayuda con sus opciones

- Consulte al Localizador de planes Medicare en [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan) para averiguar cuáles son los planes disponibles en su zona y las farmacias que puede usar.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico** (SHIP en inglés) para asesoría gratuita sobre seguros. En la página 75 encontrará el teléfono del SHIP de su estado.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

## Cómo trabajan los planes

A continuación le mencionamos lo que debe comparar antes de escoger un plan:

### ▪ La cobertura

Los planes de medicamentos recetados de Medicare cubren los medicamentos genéricos y los de marca. Todos los planes deben cubrir las mismas categorías de medicamentos, pero cada plan puede escoger los medicamentos específicos que están cubiertos en cada categoría.

### ▪ El costo

Los planes cobran **primas** mensuales diferentes. Lo que usted pague por cada receta dependerá del plan que escoja. Si tiene ingresos y recursos limitados, podría recibir **Ayuda Adicional** para pagar por la cobertura de sus recetas médicas.

### ▪ Conveniencia

Llame al plan para asegurarse de que las farmacias del plan que escoge le convengan. Algunos planes le permitirán ordenar sus medicamentos por correo. Si usted pasa parte del año en otro estado, fíjese si el plan lo cubre allí.

### ▪ Calidad

Utilice el Localizador de planes Medicare en [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan) para averiguar las calificaciones de los planes en las distintas categorías, como por ejemplo en el servicio al cliente. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener dicha información. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

# 2

## Cómo trabajan los planes

---

### ¿Cómo difiere esta cobertura de la cobertura de la Parte B para ciertos medicamentos?

La Parte B provee cobertura limitada de las recetas médicas. No cubre la mayoría de los medicamentos que compra en la farmacia. Para obtener los medicamentos para los problemas de salud crónicos como la hipertensión, usted tendrá que inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

La parte B cubre ciertos medicamentos inyectables que le administran en el consultorio del médico, ciertas medicinas orales para el cáncer y algunos medicamentos que se usan con el equipo médico (como un nebulizador o una bomba de infusión). En circunstancias muy limitadas, la Parte B puede pagar por los medicamentos que recibe como paciente ambulatorio en el hospital. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. La Parte B también cubre las vacunas contra la gripe y los neumococos. Generalmente, los planes Medicare de las recetas médicas cubren otras vacunas (como la del herpes zoster) necesarias para prevenir la enfermedad.

**Nota:** Generalmente, las medicinas de auto-administración que recibe en un ambiente ambulatorio (como la sala de emergencia, unidad de observación, centro de cirugía o clínica para el dolor) no están cubiertas por las Partes A o Parte B. En ciertas circunstancias, puede ser que su plan Medicare de recetas médicas pague por estas medicinas. Lo más probable es que tenga que pagarlas de su bolsillo y comunicarse con su plan para que le devuelvan una parte del dinero. Llame a su plan para más información. También puede visitar [www.medicare.gov/publications](http://www.medicare.gov/publications) para consultar la hoja informativa titulada “Cómo paga Medicare por los medicamentos de auto-administración que recibe en el hospital como paciente ambulatorio.”

### ¿Qué planes están disponibles en mi zona?

Si desea información sobre los planes en su zona visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si desea información para comparar los planes e inscribirse en el que le convenga más, consulte la Sección 5.

Cuando compare los planes, recuerde que las compañías de seguro pueden enviarle información por correo pero no pueden llamarlo por teléfono a menos que usted ya sea miembro del plan. Tampoco pueden ir a su domicilio a menos que usted les haya pedido que lo hagan. Guarde su información personal en un lugar seguro. Consulte las páginas 63–64.

# 2

## Cómo trabajan los planes

### ¿Cuánto me costará la cobertura de mis recetas médicas?

Los costos exactos y la cobertura son distintos en cada plan, pero todos ellos deben brindarle por lo menos la cobertura estándar de Medicare. Sus costos variarán de acuerdo con los medicamentos que necesite, el plan en que se inscriba, si la farmacia que usa pertenece a la red del plan y si le otorgan la **Ayuda Adicional** para pagar por dicha cobertura. Comuníquese con los planes en los que está interesado para recibir información específica sobre los costos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

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

- **Prima** mensual
- **Deducible** anual
- **Copagos o coseguro**
- **Interrupción en la cobertura**
- Cobertura catastrófica

#### **Prima mensual**

La mayoría de los planes de medicamentos recetados le cobra una prima mensual que varía con cada plan. Usted paga esta prima además de la prima que paga por la Parte B de Medicare. Si usted está inscrito en un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) o un **Plan Medicare de Costo** que incluye la cobertura de las recetas médicas de Medicare, esa prima mensual puede incluir una cantidad por la cobertura de los medicamentos recetados.

**Nota:** Un grupo pequeño—menos del 5% de los beneficiarios—podrían pagar una prima más cara basada en sus ingresos.

Si usted ha declarado un ingreso bruto modificado ajustado de más de \$85,000 (individuos o parejas que presentan declaraciones de impuestos separadas) o \$170,000 (matrimonios que presentan una declaración conjunta) al IRS, en su declaración de hace dos años (la declaración de impuestos más reciente enviada al Seguro Social por el IRS), usted tendrá que pagar una cantidad extra por su cobertura de medicamentos, conocida como ajuste mensual basado en el ingreso. Usted pagará esta cantidad extra además de la prima mensual de la Parte D.

El Seguro Social le enviará una carta si a usted le corresponde pagar este ajuste por ingreso. Fíjese en el cuadro en la página siguiente para ver la cantidad que tendrá que pagar cada mes.

# 2

## Cómo trabajan los planes

Si su ingreso en el año 2010 era		Usted paga
Declaración de impuestos individual	Declaración de impuestos conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	La prima del plan
Más de \$85,000 hasta \$107,000	Más de \$170,000 hasta \$214,000	\$11.60 + la prima del plan
Más de \$107,000 hasta \$160,000	Más de \$214,000 hasta \$320,000	\$29.90 + la prima del plan
Más de \$160,000 hasta \$214,000	Más de \$320,000 hasta \$428,000	\$48.10 + la prima del plan
Por encima de \$214,000	Por encima de \$428,000	\$66.40 + la prima del plan

Si su ingreso en el año 2010 era	Usted paga
Declaración de impuestos conjunta	
Más de \$85,000 hasta \$129,000	\$48.10 + la prima del plan
Más de \$129,000	\$66.40 + la prima del plan

El monto del ajuste se le descontará de su cheque mensual del Seguro Social, de su jubilación ferroviaria o del cheque de la Oficina de Gerencia del Personal, independientemente de cómo pague la prima mensual del plan. Si el monto es más de lo que recibe en el cheque, Medicare le enviará una factura mensual.

Si usted no paga la prima completa de la Parte d (incluida la cantidad extra), se cancelará su plan de la Parte D. Usted debe pagar tanto la prima del plan como la cantidad extra para conservar su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene que pagar una cantidad mayor por la prima de la Parte D y no está de acuerdo, visite [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

# 2

## Cómo trabajan los planes

### Deducible anual

Es la cantidad que usted paga por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. En el 2012, ningún plan de Medicare para medicamento recetados puede tener un deducible que exceda \$320. Algunos planes de recetas médicas no cobran el deducible.

### Copagos o coseguro

Las cantidades que paga por sus medicamentos después de haber pagado el deducible. Usted paga una parte y el plan paga la otra.

### Interrupción en la cobertura (conocido como “donut hole” en inglés)

La mayoría de los planes de recetas médicas tienen una interrupción en la cobertura. Esto significa que después de que usted y su plan hayan gastado cierta cantidad de dinero en medicamentos cubiertos, tendrá que pagar el costo total de los medicamentos mientras se encuentre en la interrupción de cobertura (hasta un límite). **No todos los beneficiarios llegarán a la interrupción en la cobertura.** Su deducible anual, coseguro o copago y lo que paga de interrupción en la cobertura, todo cuenta hacia este límite de gastos de su bolsillo. El límite no incluye la prima del plan, o lo que usted pague por los medicamentos que no están en el **formulario** del plan (lista de medicamentos).

Hay algunos planes que ofrecen cobertura durante la interrupción, por ejemplo, para medicamentos genéricos. Sin embargo, estos planes podrían cobrar una prima mensual más alta. Primero averigüe con el plan para ver si sus medicamentos serán cubiertos durante la interrupción.

Para el 2012, si usted llega a la interrupción en su cobertura de medicamentos recetados, le otorgarán un descuento del 50% para los medicamentos de marca cubiertos, hasta que alcance el límite de gastos de su bolsillo. También tendrá alguna cobertura de los medicamentos genéricos durante la interrupción, y esa cobertura aumentará cada año. En el 2012, se le dará un descuento de 14% en los medicamentos genéricos que compre durante la interrupción. En el 2013, el descuento será del 21%. Para el año 2020, se le otorgará un descuento del 75% tanto en los medicamentos de marca como en los genéricos cuando esté en la interrupción.

Cada mes que renueva su receta, el plan le envía una Explicación de Beneficios (EOB), en la que le explican cuánto ha gastado en medicamentos cubiertos y si ha alcanzado la interrupción en la cobertura. En el 2012 su EOB también indicará que se le otorga un descuento del 50% en los medicamentos de marca que compre durante la interrupción en la cobertura.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 2

## Cómo trabajan los planes

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

### Cobertura catastrófica

Lo que usted paga por los medicamentos y el 50% de descuento que recibe durante la **interrupción en la cobertura**, ambos se tienen en cuenta para el límite de gastos de su bolsillo. Una vez que haya llegado al límite, saldrá de la interrupción en la cobertura y recibirá automáticamente la “cobertura catastrófica”. Cuando llegue a la cobertura catastrófica pagará un pequeño **coseguro** o **copago** por el resto del año.

**Nota:** Si usted recibe la **Ayuda Adicional** para pagar los costos de sus medicamentos, no tendrá interrupción en la cobertura y tendrá que pagar una parte pequeña o nada de copago una vez que alcance la cobertura catastrófica.

**El ejemplo a continuación muestra los costos para el 2012 para los medicamentos cubiertos de un plan que tiene una interrupción en la cobertura.**

**La Sra. Torres se inscribe en el plan de medicamentos recetados ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2012. La Sra. Torres no recibe la Ayuda Adicional y usa su tarjeta de plan Medicare de medicamentos recetados cuando compra sus medicinas.**

Prima mensual—La Sra. Torres paga la prima mensual durante todo el año.			
1. Deducible anual	2. Copago/ Coseguro	3 Interrupción en la cobertura	4 Cobertura catastrófica
La Sra. Torres paga los primeros \$320 del costo de sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar.	La Sra. Torres paga un copago y el plan paga una parte del costo de cada medicamento hasta que lo que <b>hayan</b> pagado entre los dos (más el <b>deducible</b> ) llegue a \$2,930.	Una vez que la Sra. Torres y el plan hayan gastado \$2,930 en medicinas cubiertas, estará en la interrupción de la cobertura. En el 2012, le darán un descuento del 50% para los medicamentos de marca cubiertos que se tendrán en cuenta para el límite de gastos de su bolsillo, y el 14% para los medicamentos genéricos durante la interrupción en la cobertura.	Una vez que la Sra. Torres haya gastado \$4,700 de su bolsillo en el año, su interrupción de cobertura termina y solo tendrá que pagar un copago pequeño por cada medicamento hasta el final del año.
→	→	→	→

Consulte el Localizador de planes Medicare en [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan) para ver los costos anuales estimados para cada plan y sus costos mensuales por receta médica.

# 2

## Cómo trabajan los planes

---

### ¿Cómo puedo pagar la prima del plan?

En general, hay cuatro maneras de pagar la prima:

1. Puede deducir el pago de la prima mensual de su cuenta corriente o de ahorros;
2. Cargar el monto a su tarjeta de crédito o débito;
3. Puede solicitar que le envíe una factura mensual. Algunos planes le cobran el mes por adelantado. Envíe su pago al plan—no a Medicare. Para obtener la dirección, llame a su plan.
4. Puede autorizar la deducción mensual de la prima de su cheque del Seguro Social. Comuníquese con su plan—no con el Seguro Social—para solicitar esta opción. Si elige esta opción, podría demorar hasta 3 meses para que entre en vigencia y probablemente le deducirán el monto de la prima de los 3 primeros juntos.

**Ejemplo de deducción del Seguro Social:** La prima mensual del plan de recetas médicas de la Sra. Pérez es \$25 y su cobertura comienza en enero. Su primer pago es en marzo por una cantidad de \$75. Este pago incluye su prima para enero, febrero y marzo. Después de marzo, solamente se deducirá el monto cada mes (\$25) de su Seguro Social.

Si decide que la prima se deduzca de su pago del Seguro Social y tiene otro beneficio que paga parte de la prima de su plan de medicamentos recetados (como ser un plan de salud de un empleador o de un **Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)**), el Seguro Social deducirá la prima mensual completa. Su plan de medicamentos recetados tendrá que reembolsarle por la cantidad que pagó su plan de salud del empleador o el SPAP. **El reembolso puede demorar.**

**Ejemplo:** La prima mensual del plan de medicamentos recetados del Sr. Fernández es \$30. El seguro de su empleador le paga \$15 de la prima.

- Si el Sr. Fernández deduce su prima de su cheque del Seguro Social, la cantidad completa de \$30 será deducida. El plan de medicamentos recetados tendrá que reembolsarle \$15 por la parte de la prima pagada por su empleador
- Si el plan de medicamentos recetados del Sr. Fernández le cobra directamente, le pagará su parte (\$15) al plan, y el empleador pagará su parte (\$15) directamente al plan.

Si usted es elegible para recibir la **Ayuda Adicional**, algunas o toda la **prima** del plan podría estar cubierta. Si desea más información, consulte la Sección 3.

# 2

## Cómo trabajan los planes

---

### ¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o cancelar un plan Medicare de recetas médicas?

Usted puede inscribirse, cambiar o cancelar su plan:

- **Cuando es elegible para Medicare por primera vez.** Durante el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y termina 3 meses después. Si tiene Medicare por una incapacidad, puede inscribirse tres meses antes a tres meses después del mes número 25 de sus beneficios por discapacidad. En este caso, cuando esté por cumplir 65 años se le otorgará otro período de 7 meses.
- **Cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.** Si se inscribe durante este período, su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente, siempre y cuando el plan haya recibido su solicitud para el 7 de diciembre.
- **En cualquier momento mientras que califique para la Ayuda Adicional.** Esto incluye a las personas que tienen Medicare y Medicaid, pertenecen a un Programa Medicare de Ahorros, reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés) y las personas que la solicitan y se la aprueban.

**Nota:** En situaciones limitadas, usted podrá inscribirse o cambiar de plan en otro momento. Por ejemplo, podrá cambiarse de plan en otros momentos si se muda de la zona de servicio de su plan de medicamentos recetados permanentemente, pierde su **cobertura válida de medicamentos** o si ingresa, vive o se está retirando de un asilo para ancianos.

**Si actualmente tiene la cobertura de Medicare de medicamentos recetados, debe revisarla cada otoño.** Si está contento con su cobertura, costo y servicio al cliente y su plan Medicare de medicamentos recetados se sigue ofreciendo en su zona, no tiene que hacer nada para que su cobertura siga por otro año. Sin embargo, si decide que otro plan le servirá de mejor manera, puede cambiarse a ese plan.

# 2

## Cómo trabajan los planes

---

### ¿Cómo puedo cambiar de plan?

No hace falta que usted le avise a su plan Medicare de medicamentos recetados actual que se está cambiando de plan o que le mande nada, porque al inscribirse en un plan nuevo, la cobertura de su plan anterior se cancela automáticamente. Su plan Medicare de medicamentos recetados nuevo le enviará una carta avisándole cuando entrará en vigencia su cobertura.

### ¿Cómo puedo inscribirme en un plan?

Comuníquese con la compañía que le ofrece el plan para averiguar cómo inscribirse. Tal vez pueda hacerlo telefónicamente, enviando por correo, por fax o por Internet una solicitud.

También puede inscribirse directamente en [www.medicare.gov/find-a-plan/questions/enroll-now.aspx](http://www.medicare.gov/find-a-plan/questions/enroll-now.aspx), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE MEDICARE para una lista completa de los planes de Medicare disponibles en su zona.

Para inscribirse tendrá que darles su número de Medicare y la fecha en que comienza la cobertura de la Parte A y/o B (que aparece en su tarjeta de Medicare). **Nota: Los representantes de los planes Medicare no están autorizados a llamarlo para inscribirlo en un plan. Si algún plan lo hace, denúncielo llamando al 1-800-MEDICARE.**

### ¿Qué es la multa por inscripción tardía en la Parte D?

La **multa** por inscripción tardía es una cantidad que se le suma a su prima del plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D) si su período inicial de inscripción ha terminado, si pasa un período de 63 seguidos sin la cobertura de la Parte D o si no tiene una **cobertura válida** de medicamentos.

**Nota:** Si usted recibe la **Ayuda Adicional** no tendrá que pagar esta multa.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 2

## Cómo trabajan los planes

### ¿Cómo evito pagar la penalidad?

- **Inscríbase en un plan Medicare de recetas médicas cuando sea elegible por primera vez**, en caso contrario, obtenga otra **cobertura válida** de medicamentos
- **No pase más de 63 días sin un plan Medicare de medicamentos recetados u otra cobertura válida.** La cobertura válida puede incluir la cobertura de sus recetas médicas de un empleador anterior o sindicato, TRICARE, de VA o del Servicio de Salud para Indígenas. Su plan debe avisarle cada año si la cobertura de medicamentos recetados que tiene es cobertura válida. Puede hacerlo enviándole una carta o en el boletín del plan. Guarde esta notificación porque a lo mejor la necesitará en el futuro si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados.
- **Cuando se inscriba, avísele a su plan de Medicare de medicamentos recetados si tiene otra cobertura válida.** Cuando se inscriba en un plan, podría recibir una carta preguntándole si tiene cobertura válida, si el plan sospecha que usted ha pasado 63 días seguidos sin cobertura válida. Llene el formulario y devuélvaselo al plan para la fecha indicada en la carta. Si no le avisa a su plan de su cobertura válida, tendrán que pagar una **multa**.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.



# 2

## Cómo trabajan los planes

---

### ¿Cuál es el monto de la penalidad?

El monto de la **multa** se calcula multiplicando la tasa del 1% por “la prima promedio nacional” (\$31.08 en el 2012) por el número de meses que fue elegible para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados y no lo hizo pero tampoco tuvo otra **cobertura válida** de medicamentos.

La cantidad final se redondea y se agrega a la prima. La “prima promedio nacional” puede aumentar cada año, por lo tanto también aumentará la multa. Además de su prima mensual, usted tendrá que pagar la multa por todo el tiempo que tenga el plan Medicare de medicamentos recetados.

**Ejemplo:** La Sra. Pinto no se inscribió cuando fue elegible por primera vez—el 15 de junio de 2009. Se inscribió entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2011 y su cobertura comenzó el 1 de enero de 2012. Como la Sra. Pinto no se inscribió al ser elegible por primera vez y estuvo 30 meses (de julio 2009–diciembre 2011) sin cobertura válida de medicamentos, en el 2012 le cobrarán una multa mensual de \$9.30 (\$31.08 que es la prima promedio nacional x .01 x 30 meses = \$9.32 redondeado al \$.10 = \$9.30). La Sra. Pinto tendrá que pagar esta multa además de la prima mensual.

Cuando usted se inscriba en un plan Medicare de medicamentos recetados, el plan le avisará si tiene que pagar una multa y cuánto pagará de prima.

# 2

## Cómo trabajan los planes

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77-80.

### ¿Qué información necesito para inscribirme en un plan?

- Nombre y fecha de nacimiento y dirección
- La información de su tarjeta de Medicare (número de Medicare)
- Cómo quiere pagar la **prima** de su plan
- Información sobre otro seguro y cualquier notificación de **cobertura válida**

Le podrán pedir la siguiente información cuando se inscriba en un plan Medicare de medicamentos recetados pero es opcional y no es obligatoria para procesar su inscripción:

- Número de Seguro Social
- Dirección de correo electrónico
- Nombre e información de un contacto de emergencia
- Nombre, dirección y número de teléfono del asilo para ancianos o institución donde vive

Una vez que se inscriba en un plan, la compañía le mandará materiales específicos que necesitará como la tarjeta de miembro, la lista de medicamentos (**formulario**), directorio de proveedores farmacéuticos y procedimientos para quejas y apelaciones.

### ¿Recibiré una tarjeta separada para mi plan de Medicare de medicamentos recetados?

Cuando se inscribe en un **Plan Medicare de medicamentos recetados** que trabaja con el **Medicare Original**, el plan le enviará una tarjeta separada para usar cuando compre sus medicamentos. Usted seguirá usando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios del hospital y del médico. Si se inscribe en un **Plan de Medicare Advantage** o en otro **plan de salud de Medicare** con cobertura de medicamentos recetados, le mandarán una tarjeta para que compre sus medicamentos.



# 2

## Cómo trabajan los planes

---

### ¿Qué pasa si tengo que adquirir un medicamento antes de recibir mi tarjeta?

Aproximadamente a las 2 semanas de que su plan haya recibido la solicitud completa, recibirá una carta avisándole que recibieron su información. En 5 semanas recibirá un paquete de bienvenida con su tarjeta de miembro. Si necesita ir a la farmacia antes de recibir su tarjeta puede usar las siguientes pruebas:

- Una confirmación o carta de bienvenida del plan.
- Un número de confirmación de inscripción del plan y el nombre y número de teléfono del plan.
- Tal vez puede imprimir una tarjeta temporaria en [www.MiMedicare.gov](http://www.MiMedicare.gov).

Lleve consigo su tarjeta de Medicare y/o **Medicaid** y una identificación con fotografía. Si es elegible para recibir la **Ayuda Adicional**, fíjese en la página 37 para obtener información sobre los documentos que puede usar para demostrar que le han otorgado la Ayuda Adicional. Si no tiene los comprobantes mencionados y el farmacéutico no puede corroborar la información del plan, tal vez tenga que pagar el medicamento de su bolsillo. **Si lo hace, guarde los recibos y comuníquese con el plan—tal vez le reembolsen parte de lo que pague o se lo acrediten para el límite de gastos de su bolsillo.**

Una vez que haya escogido un plan, inscríbese temprano en el mes. Esto permite que Medicare tenga tiempo para enviarle información importante, como su tarjeta de miembro, antes de que su cobertura empiece. Así, aunque vaya a la farmacia el primer día de cobertura, podrá obtener sus medicamentos sin atraso.

# 2

## Cómo trabajan los planes

### ¿Dónde puedo comprar mis medicamentos?

Cada compañía que ofrece un plan Medicare de medicamentos recetados tendrá una lista de farmacias que puede usar. Si quiere seguir usando la misma farmacia, averigüe si está en la lista del plan. Para ver si su farmacia está en la lista de su plan, usted puede llamar al plan, a su farmacia, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Una vez que se haya inscrito en un plan de Medicare de medicamentos recetados, la compañía le mandará un directorio de las farmacias proveedoras. Generalmente debe ir a una de las farmacias del directorio para que su plan le cubra sus recetas. Medicare requiere que todos los planes tengan farmacias de la red para que usted escoja. Los planes no pueden obligarle a que use farmacias de pedido por correo, pero tiene la opción de usarla. Si usa una farmacia de pedido por correo puede ahorrar dinero.

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

Si padece de ESRD (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón) y está en el **Medicare Original** puede inscribirse en un **Plan Medicare de Medicamentos Recetados**. Por lo general, no podrá inscribirse en un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) excepto:

- Si ya estaba inscrito en un plan Medicare Advantage cuando le diagnosticaron la insuficiencia renal, puede quedarse o inscribirse en otro plan ofrecido por la misma compañía en el mismo estado.
- Si es miembro de un plan de salud (por ejemplo a través de un empleador anterior o sindicato) ofrecido por la misma compañía que ofrece uno o más planes Medicare Advantage, usted podrá inscribirse a un plan de Medicare Advantage ofrecido por esa compañía.
- Si le han hecho un trasplante de riñón exitoso, tal vez pueda inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 2

## Cómo trabajan los planes

---

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

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

Si padece de ESRD y se inscribe en un **Plan Medicare de Medicamentos Recetados**, la Parte B pagará por algunos de los medicamentos que usted necesite, como las medicinas inyectables y las de administración oral, los biológicos entre los que se incluyen los agentes estimulantes de eritropoiesis utilizados en el tratamiento de diálisis. La Parte D seguirá pagando por los medicamentos orales.

Visite [www.medicare.gov/publications](http://www.medicare.gov/publications) para ver el panfleto sobre la “La cobertura de Medicare de los servicios de diálisis renal y trasplante de riñón” o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



# 2

## Cómo trabajan los planes

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

Los medicamentos que cubre cada plan varían por lo tanto, no podemos incluir en esta publicación una lista de medicamentos válida para todos los planes. Todos los planes Medicare de recetas médicas deben asegurarse de que los beneficiarios inscritos en ellos obtengan los medicamentos recetados que necesitan para tratar sus problemas médicos. La **lista de medicamentos** (formulario), la autorización previa, la terapia en etapas/pasos y los límites a la cantidad, son algunas de las normas que usan los planes para asegurarse de que los medicamentos se usen correctamente y solo cuando sean **necesarios por motivos médicos**. Trataremos estos temas en las cuatro secciones siguientes.

#### Lista de medicamentos (Formulario)

Cada plan de medicamentos recetados tiene una lista de los medicamentos cubiertos llamada formulario. Los planes deben cubrir los medicamentos genéricos y de marca, pero no están obligados a cubrir medicamentos tales como los barbitúricos, benzodiazepinas, medicamentos para subir o bajar de peso y los medicamentos para la disfunción eréctil. Algunos planes pueden ofrecer la cobertura de estos medicamentos como un beneficio adicional. Además, los planes de medicamentos recetados generalmente no proveen medicamentos de venta libre. Algunos estados cubren dichos medicamentos si tiene **Medicaid**.

El formulario debe incluir una variedad de medicamentos de cada categoría recetada, para que los beneficiarios que padecen de distintos problemas de salud puedan recibir el tratamiento que necesitan. Generalmente, todos los planes tienen que cubrir por lo menos dos medicamentos de cada categoría, pero pueden elegir los medicamentos específicos que están cubiertos en cada categoría. Los planes obligatoriamente tienen que cubrir casi todos los medicamentos en seis categorías: antipsicóticos, antidepresivos, anticonvulsivos, inmunosupresores, para el cáncer y el SIDA/VIH.

Si usted toma un medicamento que no está en la lista de su plan, tendrá que pagar el precio total en vez de un **copago** o **coseguro**. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare deben negociar precios más baratos para los medicamentos que cubren. Esto significa que si usa los medicamentos del formulario del plan, por lo general ahorrará dinero. Otra manera de ahorrar dinero es comprando medicamentos genéricos en vez de medicamentos de marca.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 2

## Cómo trabajan los planes

---

### Medicamentos genéricos

Según la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA en inglés), un medicamento genérico es igual al medicamento de marca en lo que respecta al ingrediente activo, dosis, seguridad, potencia, el modo en que se administra, y cómo debe ser usado. Los fabricantes de medicamentos genéricos deben demostrarle a la FDA que su producto funciona de la misma manera que el medicamento de marca correspondiente. En algunos casos, no existe un medicamento genérico disponible para la receta suya. Hable con un médico (o la persona que le receta el medicamento) para ver si hay alguna versión genérica que pueda tomar.

### Niveles

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

### Ejemplo:

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

El formulario puede que no incluya el medicamento que usted necesita. Sin embargo, en la mayoría de los casos, habrá otro similar que es seguro y eficaz. La lista de medicamentos de su plan puede cambiar a lo largo del año porque las terapias de medicamentos cambian, se crean medicamentos nuevos y hay nueva información médica disponible. Si el plan realiza cambios y cualquiera de ellos afecta al medicamento que usted toma, debe avisarle por lo menos 60 días antes de hacer el cambio. A lo mejor tendrá que cambiar de medicamento o pagar más por él. En algunos casos el cambio no se aplicará hasta que haya terminado el año. También puede solicitar una **excepción**. Vea la página 66.

**Nota:** El plan no está obligado a decirle con anterioridad si quita un medicamento del formulario porque la FDA ha retirado dicho medicamento del mercado por cuestiones de seguridad, pero se lo notificará después. 25

# 2

## Cómo trabajan los planes

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

### Autorización previa

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

### Terapia en etapas/pasos

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

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

### Ejemplo:

**Paso 1**—El Dr. Solá quiere recetarle al Sr. Palma un inhibidor ACE (Enzima Convertidor de Angiotensina) para tratar sus problemas cardiacos. Hay más de una clase de inhibidor ACE. Algunos de los medicamentos que el Dr. Solá está considerando darle son de marca y están cubiertos por el plan de Medicare de medicamentos recetados del Sr. Palma. Las reglas del plan requieren que el Sr. Palma use la marca genérica lisinopril primero. Para la mayoría de la gente el lisinopril funciona igual que los medicamentos de marca.

**Paso 2**—Si el Sr. Palma toma lisinopril pero tiene efectos adversos o su mejoría es mínima. El médico se lo comunica al plan para que le aprueben la receta del medicamento de marca. Si se lo aprueban, el plan de Medicare de medicamentos recetados le cubrirá el medicamento de marca que le recetaron al Sr. Palma originalmente.

# 2

## Cómo trabajan los planes

---

### Límites de cantidad

Por motivos de seguridad y costo, los planes podrían limitar la cantidad de los medicamentos que cubren durante un período determinado de tiempo. Por ejemplo, las personas a las que se les receta medicamentos para la indigestión deben tomar una tableta al día por 4 semanas. Por lo tanto, el plan sólo podría cubrir por vez un suministro para 30 días. Si necesita más medicamentos, el médico tendrá que darle autorización para obtener más píldoras.

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

### **¿Qué pasa si cuando entra en vigencia la cobertura yo estoy tomando un medicamento que no está en la lista del plan?**

Su plan le dará por única vez un suministro del medicamento que toma durante los primeros 90 días de su inscripción al plan. Se exige a los planes que otorguen al nuevo miembro y al médico dicho suministro, para darles tiempo a buscar un medicamento del formulario que tenga el mismo resultado que el que el beneficiario estaba tomando. Puede que para las personas que ingresan o que ya viven en una **institución** (como un asilo para ancianos) se estipulen normas diferentes.

Sin embargo, si usted ya intentó con un medicamento similar y no funcionó, o si su médico considera que por su problema de salud sólo puede tomar un cierto medicamento, usted o su médico puede llamar al plan y pedir una excepción en cuanto reciba el suministro temporario. También puede pedir una excepción si su médico cree que deben eximirlo de una norma de cobertura, como por ejemplo al límite de cantidad. Si se aprueba la excepción solicitada, el plan pagará por el medicamento. Si la excepción no es aprobada, puede apelar la decisión. Si desea más información sobre las apelaciones, consulte las páginas 67–70.

# 2

## Cómo trabajan los planes

---

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

Si su médico debe cambiar su receta o debe recetarle un medicamento nuevo, entréguele una copia del **formulario** de su plan. La lista y los precios de los medicamentos pueden cambiar. Si su médico le receta algo electrónicamente, puede fijarse los medicamentos que cubre su seguro a través de su sistema de e-recetas.

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

Si aun así el plan no cubre el medicamento que necesita, puede apelar la decisión. Si desea obtener el medicamento antes de que se tome una decisión sobre su apelación, tal vez tenga que pagarlo de su bolsillo. Guarde el recibo y si gana la apelación, el plan le reembolsará el precio del medicamento. Para más información sobre qué debe hacer si su plan no cubre un medicamento que necesita, consulte la página 66.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

## 3

# Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

## Las maneras en las que puede obtener la Ayuda Adicional.

### 1. Usted es elegible automáticamente para recibir la Ayuda Adicional y no necesita solicitarla.

Medicare envía cartas en papel violeta a las personas que son elegibles automáticamente para recibir la **Ayuda Adicional**. Si recibe una, guárdela para tenerla como prueba de su elegibilidad. Si recibe esta carta no necesita solicitar la Ayuda Adicional.

Usted es elegible automáticamente para recibir la Ayuda Adicional:

- Si tiene la cobertura completa del programa **Medicaid**.
- Si recibe ayuda de Medicaid para pagar las primas de la Parte B (pertenece a un Plan de Ahorros de Medicare).
- Si recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Si aún no se ha inscrito en un plan de medicamentos, tendrá que hacerlo para recibir la Ayuda Adicional. Además, si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados, Medicare lo hará por usted para que obtenga ayuda para pagar por la cobertura de sus recetas médicas, a menos que tenga cierta cobertura de jubilado de un empleador anterior o sindicato. Si Medicare lo inscribe, recibirá una carta en papel amarillo (si tiene los beneficios completos de Medicaid o de SSI) o verde (Si participa en un Programa de Ahorros de Medicare) informándole la fecha en que comienza su cobertura. Averigüe si el plan cubre los medicamentos que usted usa y si puede ir a las farmacias que quiere.

Si el plan en el que lo ha inscrito Medicare no responde a sus necesidades, usted puede cambiar de plan en cualquier momento y el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si no quiere que Medicare lo inscriba en un plan de Medicare de medicamentos recetados (por ejemplo, porque quiere quedarse con el seguro de su empleador anterior o sindicato), llame al número del plan que aparece en la carta e infórmeles que no desea inscribirse. O, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

# 3

## Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

Los costos de los planes de medicamentos si usted es elegible automáticamente para la Ayuda Adicional

Si tiene Medicare y...	Su prima mensual*	Su deducible anual	Su costo por receta en la farmacia (hasta \$4,700**)	Su costo por receta en la farmacia (después de \$4,700**)
la cobertura completa de Medicaid cada mes que estuvo en una <b>institución</b> como un asilo de ancianos	\$0	\$0	\$0	\$0
la cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual de o por debajo de \$11,170—soltero o \$15,130—casado	\$0	\$0	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:</b> Un máximo de \$1.10 <b>Medicamento de marca:</b> Un máximo de \$3.30	\$0
la cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual por encima de \$11,170—soltero o \$15,130—casado	\$0	\$0	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:</b> Un máximo de \$2.60 <b>Medicamento de marca:</b> Un máximo de \$6.50	\$0
obtiene ayuda de Medicaid para pagar por sus primas de la Parte B de Medicare	\$0	\$0	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:</b> Un máximo de \$2.60 <b>Medicamento de marca:</b> Un máximo de \$6.50	\$0
la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$0	\$0	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:</b> Un máximo de \$2.60 <b>Medicamento de marca:</b> Un máximo de \$6.50	\$0

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

\*\*El costo por receta disminuye una vez que lo que usted haya pagado más la ayuda adicional de Medicare alcance los \$4,700 por año.

# 3

## Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

---

Los niveles de ingreso y costos compartidos son para el año 2012 y pueden aumentar cada año. Si vive en Alaska o Hawai, o usted o su cónyuge pagan al menos la mitad de los gastos de los dependientes que vivan con usted, o si trabaja, estos límites pueden ser más altos.

### 2. Usted puede solicitar la ayuda adicional y obtenerla.

Si piensa que reúne los requisitos para obtener la **Ayuda Adicional**, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778), o visite [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) para solicitarla por Internet. También puede pedirla en su Oficina Estatal de Ayuda Médica (**Medicaid**). Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener el número de teléfono o visite [www.medicare.gov/contacts](http://www.medicare.gov/contacts). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Solicitar la ayuda no implica ningún riesgo ni costo. Recuerde que si es elegible para la Ayuda Adicional, usted debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para recibirla.

Si solicita y le otorgan la Ayuda Adicional, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos recetados si usted aún no lo hizo, para asegurarse de que obtenga ayuda para pagar por sus recetas médicas. Medicare le enviará una carta verde avisándole cuando empezará su cobertura. Averigüe si el plan cubre los medicamentos que usted usa y si puede ir a las farmacias que quiere. Usted puede retirarse o cambiar de plan en cualquier momento y el cambio se realizará el primer día del mes siguiente.

Si no quiere que Medicare lo inscriba en un plan de Medicare de medicamentos recetados (por ejemplo, porque quiere quedarse con el seguro de su empleador anterior o sindicato), llame al número del plan que aparece en la carta e infórmeles que no desea inscribirse. O, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 3

## Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

Los costos de los planes de medicamentos si usted **solicita y le dan** la ayuda adicional

Si tiene Medicare y	Su prima mensual*	Su deducible anual	Su costo por receta en la farmacia (hasta \$4,700**)	Su costo por receta en la farmacia (después de \$4,700**)
su ingreso mensual es menos de \$15,079.50—soltero \$20,425.50—casado Con recursos que no excedan \$8,440—soltero \$13,410—casado	\$0	\$0	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:</b> Un máximo de \$2.60 <b>Medicamento de marca:</b> Un máximo de \$6.50	\$0
su ingreso mensual es menos de \$15,079.50—soltero \$20,425.50—casado Con recursos que no excedan \$8,440 y \$13,070—soltero \$13,410 y \$26,120—casado	\$0	\$65	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:</b> Un máximo de \$2.60 <b>Medicamento de marca:</b> Un máximo de \$6.50
su ingreso mensual es \$15,079.50 y \$15,638—soltero \$20,425.50 y \$21,182—casado Con recursos que no excedan \$13,070—soltero \$26,120—casado	25%	\$65	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:</b> Un máximo de \$2.60 <b>Medicamento de marca:</b> Un máximo de \$6.50
su ingreso mensual es menos de \$15,638 y \$16,196.50—soltero \$21,182 y \$21,938.50—casado Con recursos que no excedan \$13,070—soltero \$26,120—casado	50%	\$65	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:</b> Un máximo de \$2.60 <b>Medicamento de marca:</b> Un máximo de \$6.50
su ingreso mensual es menos de \$16,196.50 y \$16,755—soltero \$21,938.50 y \$22,695—casado Con recursos que no excedan \$13,070—soltero \$26,120—casado	75%	\$65	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	<b>Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:</b> Un máximo de \$2.60 <b>Medicamento de marca:</b> Un máximo de \$6.50

Lea las notas debajo de la tabla de la página 30 para más información.

# 3

## Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

### Solicitud de la Ayuda Adicional.

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

- **Sus** ingresos y recursos.
- Si está casado y vive con su cónyuge, se cuentan los ingresos y recursos de **ambos**, inclusive si solamente uno es elegible para la **Ayuda Adicional**.
- Si está casado y no vive con su cónyuge cuando la solicita, solamente **sus** ingresos y recursos se tendrán en cuenta.

**Nota:** Las parejas casadas que viven juntas y ambos solicitan la Ayuda Adicional a través del Seguro Social, pueden usar el mismo formulario (SSA-1020) disponible en [www.socialsecurity.gov/i1020](http://www.socialsecurity.gov/i1020).

#### ¿Cuáles ingresos se tienen en cuenta?

“Ingresos” es el dinero en efectivo, bienes o servicios que usted usa para pagar por su alojamiento y comidas. Los ejemplos siguientes incluyen pero no se limitan a:

##### Ingresos tomados en cuenta

- Salario
- Ganancia por auto empleo
- Beneficios del Seguro Social
- Beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario
- Beneficios para Veteranos de Guerra
- Pensiones
- Anualidades
- Manutención
- Ingreso por alquiler
- Compensación al trabajador

##### Ingresos *no* tomados en cuenta

- Reembolsos tributarios
- Ayuda del estado o gobierno local (por ejemplo, vivienda o ayuda por catástrofe)
- Ingreso por custodia (foster care)
- El valor de los gastos por el que un novidente o discapacitado debe trabajar
- Ayuda de familiares o amigos, tales como alimentos, ropa o alojamiento
- Becas educativas

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77-80.

# 3

## Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

---

### ¿Cuáles son los recursos que se tienen en cuenta?

El Seguro Social y su estado deben tener en cuenta sus recursos para decidir si le otorgan la **Ayuda Adicional**. Sus recursos incluyen el dinero en efectivo y otros recursos que usted pudiera convertir en dinero en efectivo en 20 días hábiles. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a:

#### **Ingresos tomados en cuenta**

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

#### **Ingresos *no* tomados en cuenta**

- La casa en la que vive y el terreno
- Sus bienes personales
- Su automóvil(es)
- Lo que no puede cambiarse por efectivo fácilmente como joyas o muebles
- Gastos de entierro y los intereses del dinero destinado a su sepultura
- Pólizas de seguro de vida
- Propiedad comercial o negocio que es lo que le permite mantenerse
- Propiedad que no es comercial y que es lo que le permite mantenerse
- Algún dinero que está guardando y que no se tendrá en cuenta por nueve meses, por ejemplo ayuda para la vivienda
- Fondos que ha recibido o ahorrado para pagar por servicios médicos y/o sociales

# 3

## Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

### ¿Por cuánto tiempo recibiré la Ayuda Adicional si soy elegible?

#### Si es elegible automáticamente para la Ayuda Adicional

Para ser elegible automáticamente para la **Ayuda Adicional** el año entrante, debe continuar siendo elegible para **Medicaid**, recibir ayuda de su programa de Medicaid estatal con los pagos de las **primas** de la Parte B (ser parte de un Programa de Ahorros Medicare) o recibir la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Si no será elegible automáticamente para el año que viene, recibirá una notificación (en papel gris) por correo a principio del otoño. Si la cantidad de Ayuda Adicional que recibe va a cambiar el año que viene, su **copago** también cambiará. Usted recibirá una notificación (en papel anaranjado) por correo, con la cantidad nueva de sus copagos. Si no recibe ninguna notificación, recibirá el mismo nivel de Ayuda Adicional el año que viene.

Aunque reciba la notificación en papel gris porque no es elegible automáticamente, podría ahorrar en los costos de su cobertura de Medicare de medicamentos recetados. **Usted debe solicitar la Ayuda adicional para averiguar si es elegible.**

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77-80.



# 3

## Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

---

### Si solicita y le otorgan la Ayuda Adicional

Si reúne los requisitos para recibir la **Ayuda Adicional** continuará recibéndola por todo el año siempre que esté inscrito en un plan Medicare para recetas médicas y no haya un cambio en sus ingresos, recursos y en el número de integrantes de su familia.

También la seguirá recibiendo por el resto del año si no hay cambios en su estado civil, como:

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

Si solicitó la Ayuda Adicional al Seguro Social y se la otorgaron, debe comunicarle a SSA sobre cualquier cambio en su estado civil, porque puede aumentar, disminuir o terminar la Ayuda Adicional. Cualquier cambio que influya sobre la ayuda adicional que recibe, entrará en vigencia el mes siguiente a que usted les informe del cambio.

Usted puede comunicar los cambios en sus ingresos, recursos, el número de integrantes de su familia en cualquier momento y el Seguro Social evaluará estos cambios entre agosto y diciembre. Cualquier cambio en la Ayuda Adicional entrará en vigencia el 1 de enero del año siguiente.

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

# 3

## Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

### Si reúno los requisitos para la ayuda adicional, ¿cómo puedo estar seguro de que estoy pagando la cantidad correcta?

Si es elegible automáticamente, recibirá un carta violeta, amarilla o verde de Medicare que puede mostrarle a su plan como prueba de que es elegible. Si solicitó la **Ayuda Adicional**, puede mostrar su carta del Seguro Social de “Aviso de otorgamiento” como prueba. También puede usar la carta en la que le otorgan la Seguridad de Ingreso Suplementario como comprobante.

También puede usar cualquiera de las siguientes para demostrar que es elegible para Ayuda Adicional. Cada documento nombrado abajo debe mostrar que fue elegible para **Medicaid** durante un mes después de junio del 2010.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

Comprobante de que tiene Medicare y vive en una institución o recibe servicios en el hogar y en la comunidad	Prueba de que tiene Medicaid
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Una cuenta de la <b>institución</b> (por ejemplo un asilo de ancianos) o una copia de un documento estatal demostrando pagos de Medicaid a la institución por un plazo de por lo menos un mes</li><li>▪ Una copia impresa del sistema de Medicaid de su estado mostrando que ha vivido en la institución por un plazo de por lo menos un mes.</li><li>▪ Un documento estatal que demuestra que usted tiene Medicaid</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Una copia de su tarjeta de Medicaid</li><li>▪ Una copia de un documento estatal que muestre que tiene Medicaid</li><li>▪ Una copia del archivo electrónico estatal demostrando que usted tiene Medicaid</li><li>▪ Cualquier otro documento de su estado que muestre que tiene Medicaid</li></ul>

Su plan debe aceptar cualquiera de estos documentos como comprobante de que le otorgaron la Ayuda Adicional. En cuanto se los entregue, el plan debe asegurarse de que usted pague por sus medicamentos la cantidad que le corresponde.

# 3

## Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77-80.

Si usted es elegible para la **Ayuda Adicional** porque tiene **Medicaid**, pero no tiene ni puede encontrar alguno de estos documentos pídale a su plan que lo ayude. Su plan tiene que comunicarse con Medicare para obtener pruebas de que es elegible, si la información está disponible. Según las circunstancias, calcule que tomará hasta dos semanas para procesar su solicitud. Asegúrese de avisarle a su plan para cuántos días le quedan medicamentos. Su plan y Medicare trabajarán para procesar su solicitud lo más antes posible para que no se quede sin medicamentos.

Si usted pagó por los medicamentos y le otorgaron la Ayuda Adicional, tal vez le reembolsen parte de los gastos. Guarde todos los recibos y llame al Programa de Transición para los Beneficiarios de Ingresos Limitados Elegibles Recientemente (NET) al 1-800-783-1307 si desea más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-801-0369.

Si su plan no corrige el problema para que pague la cantidad correcta por sus medicamentos, no responde a su solicitud de ayuda o tarda más de lo anticipado para comunicarse con usted, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para poner una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **¿Qué puedo hacer si me deniegan la solicitud de la Ayuda Adicional?**

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

Para solicitar una apelación, llame al Seguro Social al número sin cargo 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede obtener una copia del formulario SSA-1021, “Pedido de apelación de la determinación de la ayuda con los costos de los planes Medicare de recetas médicas” en [www.socialsecurity.gov/i1020](http://www.socialsecurity.gov/i1020).

# 3

## Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

---

Si desea apelar la decisión, recuerde que:

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

**Si solicita la **Ayuda Adicional** a su estado, la carta que le envíen con la decisión debe incluir sus derechos y procedimientos de apelación. Si desea información sobre el proceso de apelación en su estado, llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (**Medicaid**). Encontrará el número de teléfono de Medicaid en [www.medicare.gov/contacts](http://www.medicare.gov/contacts).**

### ¿Qué puedo hacer si no soy elegible para la Ayuda Adicional?

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

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

Su estado puede tener programas que lo ayuden a pagar sus recetas médicas. Comuníquese con la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) o su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés) para más información. Visite la página 75 para localizar el SHIP en su estado. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite [www.medicare.gov/contacts](http://www.medicare.gov/contacts) para conseguir estos números de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

# 3

## Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

---

Hay otras maneras en las que puede ahorrar. Por ejemplo puede cambiar de medicamento a otro más barato. Pregúntele a su médico si hay una medicina genérica, de venta libre o de marca más barata que le brinde el mismo resultado que el que toma actualmente. Si cambia a un medicamento más barato podría ahorrar ciento o miles de dólares al año. Visite el Localizador de planes de Medicare en [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan) para información sobre cómo ahorrar dinero en su **Plan Medicare de Medicamentos Recetados**.

También puede ahorrar en sus medicamentos:

- 1. Fijándose en los Programa Nacionales y Comunitarios** (como la National Patient Advocate Foundation o la National Organization for Rare Disorders) que tal vez tengan programas que puedan ayudarle con sus gastos de medicamentos. Obtenga información sobre los programas de ayuda federales, estatales y privados de su zona, en *BenefitsCheckUp* ([www.benefitscheckup.org](http://www.benefitscheckup.org)).
- 2. Fíjese en los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)** para los que podría ser elegible. Los SPAP ofrecido en 23 estados y 1 territorio brindan algún tipo de ayuda a los beneficiarios de Medicare para el pago de la prima del plan de medicamentos y los copagos. Para averiguar si su estado tiene un SPAP visite [www.medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx](http://www.medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx). Si desea más información consulte la página 56.
- 3. Fíjese en los Programas de Ayuda de las Empresas Farmacéuticas** (a veces conocidos como Programas de Ayuda al Paciente) ofrecidos por los fabricantes de los medicamentos. Muchas de estas compañías farmacéuticas ofrecen ayuda a los miembros de los planes Medicare de medicamentos recetados. Si quiere saber si la empresa que hace sus medicamentos tiene algún programa de ayuda en [www.medicare.gov/pap/index.asp](http://www.medicare.gov/pap/index.asp).

Tenga en cuenta que estos programas no son partes del beneficio de la Parte D de Medicare, por lo tanto la ayuda que le ofrezcan no se tendrá en cuenta para salir de la **interrupción en la cobertura**.

## Sus opciones de cobertura

Use la lista de la página 43 para obtener la información que se ajusta a la cobertura de su seguro. Infórmese sobre sus opciones de cobertura de las recetas médicas de Medicare. **Tal vez encuentre más de una situación que pueda aplicarse a su caso.**

### **Ayuda con las decisiones sobre la cobertura de las recetas médicas.**

Si necesita ayuda para decidir, llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico** (SHIP por su sigla en inglés). En la página 75 encontrará el número de teléfono. También puede averiguarlo en [www.medicare.gov/contacts](http://www.medicare.gov/contacts) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Medicare trabaja en forma conjunta con otros representantes gubernamentales, grupos religiosos y comunitarios, empleadores y sindicatos, médicos, farmacias y otras personas y organizaciones de su comunidad. Busque información sobre eventos en su periódico local o en los anuncios de la radio.

Si tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda recibir la **Ayuda Adicional** para pagar su cobertura de recetas médicas. Consulte la Sección 3.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 4

## Sus opciones de cobertura

---

### ¿Qué debo considerar antes de inscribirme en un plan Medicare?

Antes de tomar una decisión debe averiguar:

- Si ya tiene cobertura de recetas médicas. ¿Es una **cobertura válida** de medicamentos (cubre su plan al menos lo mismo que un plan de medicamentos recetados de Medicare)? Su plan puede darle esta información.
- Si ya tiene cobertura de recetas médicas, ¿debe quedarse con su cobertura actual?
- ¿Cómo afectará su cobertura actual si decide quedarse con ella e inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados? Su plan actual puede darle esta información.
- ¿Cómo afectará los gastos de su bolsillo esta cobertura?
- Si espera para inscribirse en un plan para recetas médicas, ¿será más elevada la prima porque tendrá que pagar la **multa**? ¿Comenzará su cobertura cuando usted lo desea?
- ¿Hay algún plan en su área que cubra los medicamentos que usted necesita? Fíjese en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov); en “Planes de salud y de medicamentos” escoja “Localizador del formulario—Información del 2012 sobre los planes.”
- ¿Puede obtener la **Ayuda Adicional** para pagar por la cobertura de sus recetas, si se inscribe en un plan?
- ¿Hay alguna farmacia en especial que quiere usar?
- ¿Pasa usted parte del año en otro estado? Esto puede ser importante si el plan le exige que use ciertas farmacias.
- ¿Cuáles son las calificaciones de calidad de ese plan de Medicare de medicamentos recetados? Compare los **Planes Medicare de Medicamentos Recetados** en [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan).

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 4

## Sus opciones de cobertura

---

<b>Su cobertura de salud actual</b>	<b>Página(s)</b>
<b>Medicare Original</b>	
Sólo tengo la Parte A y/o B y no tengo la cobertura de las recetas médicas . . . . .	44
Tengo una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que no cubre las recetas médicas . . . . .	44
Tengo una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que cubre las recetas médicas . . . . .	45–46
<b>Cobertura de empleador o sindicato incluida la cobertura para militares</b>	
Tengo cobertura de recetas médicas a través de mí empleador o sindicato actual o pasado . . . . .	46–47
Tengo el Seguro Médico para Empleados Federales . . . . .	48
Tengo TRICARE o beneficios de VA con cobertura de las recetas médicas . . . . .	49
<b>Planes de salud (médicos) de Medicare</b>	
Tengo un plan de salud de Medicare sin cobertura de mis recetas médicas . . . . .	50–51
Tengo un plan de salud de Medicare con cobertura de mis recetas médicas . . . . .	51
<b>Medicaid y otros programas federales o estatales</b>	
Tengo Medicaid . . . . .	52
Recibo la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o ayuda de Medicaid para pagar las primas de la Parte B de Medicare (Programa de Ahorros de Medicare) . . . . .	53
Vivo en un asilo para ancianos u otra institución . . . . .	54
Recibo beneficios del Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE) . . . . .	55
Recibo ayuda del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) . . . . .	56
Recibo ayuda del Programa de Ayuda de Medicamentos para el SIDA (ADAP). . . . .	57
Tengo la cobertura de mis recetas médicas del Servicio Médico para Indígenas, Tribu u Organización Médica Tribal o del Programa de Salud Urbano para Indígenas. . . . .	58

# 4

## Sus opciones de cobertura

### Yo sólo tengo la Parte A y/o B y no tengo cobertura de las recetas médicas.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

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

Puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados de una de estas maneras

1. Puede quedarse con su póliza **Medigap** e inscribirse en un plan Medicare de medicamentos.
2. Puede inscribirse en un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) de su zona que incluya la cobertura de las recetas médicas. Usted obtendrá todos los beneficios de salud y de medicamentos de su plan.

**Si se inscribe en un plan Medicare Advantage no necesita una póliza Medigap. Si ya tiene una, no podrá usarla para pagar los gastos de su bolsillo de su plan Medicare Advantage. Por lo tanto, si se inscribe en un plan Medicare Advantage, le conviene cancelar su póliza Medigap, sin embargo, tal vez no pueda recuperarla cuando cancele su plan Medicare Advantage y regrese al Medicare Original, o quizá tenga que pagar una prima más cara por la póliza Medigap.**

Usted legalmente tiene derecho a comprar una póliza Medigap, pero los derechos de compra varían en cada estado. Para más información, comuníquese con la compañía que vende la póliza Medigap.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage por primera vez, le otorgarán un período de prueba de 12 meses durante el cual usted puede cancelar su plan Medicare Advantage y recuperar su póliza Medigap, o si la misma no estuviera disponible, comprar otra nueva.

# 4

## Sus opciones de cobertura

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

Antes del 2006, algunas **pólizas de Medigap** incluían la cobertura de los medicamentos recetados. Si tiene una póliza Medigap que cubre las recetas médicas, la compañía de seguro Medigap le enviará un aviso detallado cada año describiendo sus opciones de cobertura y si la cobertura de su póliza Medigap es una **cobertura válida** de medicamentos. A continuación le mencionamos algunas de sus opciones de cobertura:

- Usted puede inscribirse en un **Plan Medicare de medicamentos recetados** y quedarse con su póliza Medigap actual sin la cobertura de medicamentos recetados.
- Usted puede inscribirse en un **Plan Medicare Advantage** que incluya la cobertura de las recetas médicas. Si se inscribe, recibirá todos los servicios de salud y los medicamentos recetados a través del plan y no necesitará una póliza Medigap. Sin embargo, usted podrá seguir usando su cobertura Medigap si se inscribe en un **Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)**—un tipo de plan Medicare Advantage—dado que los MSA no pueden ofrecer la cobertura de los medicamentos recetados.
- Puede quedarse con su póliza Medigap actual con la cobertura de recetas médicas incluida.

La información que le envía la compañía de seguro Medigap le explicará estas opciones en detalle. También puede comunicarse con el Departamento Estatal de Seguro si tiene otras opciones.

Si decide inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas, puede quedarse con su póliza Medigap actual sin la cobertura de medicamentos recetados. Tendrá que avisarle a su compañía de seguro Medigap cuándo comienza su cobertura del plan de Medicare para que pueden quitar la parte de la cobertura de medicamentos y hacer el ajuste correspondiente a la prima mensual. **Además, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía cuando se inscriba en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, si la cobertura de medicamentos de su póliza Medigap no es una cobertura válida.** Usted pagará esta prima más alta mientras esté en un plan de Medicare de medicamentos recetados.

**Consejo:**  
Comuníquese con su compañía de seguro Medigap antes de hacer algún cambio en su cobertura de recetas médicas.

# 4

## Sus opciones de cobertura

Para más información sobre las **pólizas Medigap**, consulte “Selección de una póliza Medigap: Una guía de seguro de salud para la personas con Medicare” en [www.medicare.gov/publications](http://www.medicare.gov/publications). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al **Programa de Asistencia Estatal con el Seguro Médico (SHIP)** en inglés para más información. Vea la página 75 para el número de teléfono.

### **Tengo Medicare y la cobertura de las recetas médicas de mi empleador o sindicato actual o pasado.**

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

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

- ¿Es su cobertura de empleador o sindicato, cobertura válida de medicamentos (en promedio, al menos tan buena como la de Medicare)? Si no lo es, usted pagará una **multa** si se inscribe en un plan Medicare de recetas médicas después de haber sido elegible por primera vez.
- ¿Perderán usted, su cónyuge o sus dependientes la cobertura médica de su empleador o sindicato, si se inscribe en un plan Medicare de recetas médicas?
- ¿Cómo se comparan los gastos directos de su bolsillo de su cobertura de empleador o sindicato con los del plan de Medicare de recetas médicas?
- ¿Cómo cambiarán mis gastos si recibo la **Ayuda Adicional** para pagar por la cobertura del plan Medicare de medicamentos recetados?

**Consejo:**  
Hable con su empleador o administrador de beneficios del sindicato antes de hacer cualquier cambio a su cobertura de medicamentos.

# 4

## Sus opciones de cobertura

---

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

**Si su empleador o sindicato (o el de su cónyuge) determina que su cobertura actual ES una **cobertura válida de medicamentos**:**

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

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

**Si su empleador o sindicato (o el de su cónyuge) determina que su cobertura actual NO ES una **cobertura válida de medicamentos**:**

- Si quiere inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, en la mayoría de los casos tendrá que inscribirse cuando es elegible por primera vez para evitar el pago de la multa.

Pregúntele al administrador de beneficios cuáles son sus opciones, tal vez pueda:

- Quedarse con su plan de medicamentos recetados de su empleador o sindicato e inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare para tener una cobertura más completa.
- Quedarse solamente con la cobertura de recetas médicas de su empleador o sindicato. Pero, si se inscribe en un plan Medicare de recetas médicas más tarde tendrá que pagar una penalidad si su cobertura actual no es válida.
- Dejar su cobertura actual e inscribirse en un **plan Medicare de medicamentos recetados**, o inscribirse en un **plan de salud de Medicare** que cubra los medicamentos recetados.

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

# 4

## Sus opciones de cobertura

---

### Tengo Medicare y el Seguro Médico para Empleados Federales (FEHB en inglés).

- Durante el período de inscripción abierta recibirá información sobre su cobertura de recetas médicas y si la misma es una **cobertura válida**. Lea la información atentamente.
- Antes de hacer cualquier cambio comuníquese con la compañía de seguro de FEHB. Casi siempre será ventajoso quedarse con su cobertura actual sin hacer cambios. A la mayoría de las personas, a menos que sea elegible para recibir la **Ayuda Adicional**, no le conviene inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados. **Atención:** Usted no puede dejar su cobertura de medicamentos recetados de FEHB sin perder la cobertura del hospital y de los servicios médicos de FEHB, lo cual puede significar un aumento del costo de estos servicios.
- Si reúne los requisitos para la Ayuda Adicional, le convendría comparar los costos de un plan Medicare de recetas médicas más la ayuda adicional con los de su cobertura de medicamentos de su plan de FEHB.
- Si alguna vez pierde su cobertura de FEHB y necesita inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas, en la mayoría de los casos, no tendrá que pagar la **multa** por inscripción tardía siempre que lo haga dentro de los 63 días de terminada su cobertura de FEHB.
- Si se inscribe en un plan de Medicare, puede retener su cobertura FEHB.



Si desea más información, comuníquese con la Oficina de Gerencia de Personal llamando al 1-888-7767-6738 o visite [www.opm.gov/insure/health/](http://www.opm.gov/insure/health/). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-878-5707. También puede llamar a su plan.

# 4

## Sus opciones de cobertura

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

- Mientras reúna los requisitos, puede quedarse con su cobertura de medicamentos recetados de TRICARE, o de VA. Debe recibir información anual de TRICARE, o de VA explicándole si tiene **cobertura válida**. Lea esta información atentamente.
- Si desea más información sobre su cobertura de salud de TRICARE o VA, debe comunicarse con su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio. Casi siempre será beneficioso que conserve su cobertura actual sin hacer cambios. Para la mayoría de las personas, a menos que se elegible para la **Ayuda Adicional**, no es aconsejable que se inscriba en un plan de Medicare de medicamentos recetados.
- Si reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional, le convendría comparar los costos de un plan Medicare de recetas médicas más la ayuda adicional con los costos de la cobertura de medicamentos de TRICARE o VA.
- Si alguna vez pierde su cobertura de TRICARE o VA y necesita inscribirse en un plan de Medicare de recetas médicas, en la mayoría de los casos, no tendrá que pagar la **multa** por inscripción tardía siempre que lo haga dentro de los 63 días de terminada su cobertura de TRICARE o VA.
- Si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados y tiene la cobertura de VA, no podrá usar ambas coberturas para el mismo medicamento.
- Si se inscribe en un **Plan Medicare de Medicamentos Recetados** y tiene la cobertura de TRICARE, el plan de medicamentos recetados de Medicare pagará primero y TRICARE será el pagador secundario.
- Si se inscribe en un **Plan Medicare Advantage** con cobertura de las recetas médicas, tendrá que obtener sus medicamentos del plan. El plan MA será el pagador primario. TRICARE podría pagar una parte o todo lo que el plan MA no pague, si la farmacia del plan MA es una farmacia de la red de TRICARE que participa en la coordinación de los beneficios electrónicamente.

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

Si desea más información sobre TRICARE y cómo trabaja con un plan Medicare de medicamentos recetados, visite [www.tricare.mil/medicarepartd/faqs.cfm#1664](http://www.tricare.mil/medicarepartd/faqs.cfm#1664) o llame al Programa Farmacéutico de TRICARE al 1-877-363-1303. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-540-6261.

# 4

## Sus opciones de cobertura

### Tengo un plan de salud de Medicare que no cubre las recetas médicas.

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

- Pregunte a su plan Medicare Advantage si ofrece una opción de cobertura de recetas médicas de Medicare. Si lo hace, usted puede cambiarse a esa opción.
- Si su plan actual no ofrece dicha cobertura, usted puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare de su zona que ofrezca cobertura de recetas médicas.
- Si su plan actual no ofrece la cobertura de medicamentos, puede cambiar al **Medicare Original** e inscribirse en un **plan Medicare de medicamentos recetados**.
- Solamente algunos **Planes Privados de Pago-por-Servicio** ofrecen la cobertura de recetas médicas. Si está inscrito en un plan PFFS que no ofrece la cobertura de recetas médicas, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado para agregar la cobertura de sus medicamentos.
- Ningún **Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos** (MSA por su sigla en inglés) ofrece la cobertura de los medicamentos recetados. Si tiene un plan MSA, puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados para recibir esta cobertura.
  - Si tiene un plan Medicare MSA y un plan de Medicare de medicamentos recetados, cualquier dinero que use de su cuenta del plan Medicare MSA para los deducibles o costo compartido del plan de Medicare de medicamentos recetados cuenta para el límite de gastos de su bolsillo descrito en las páginas 11–14.
  - Si no tiene un plan de Medicare de medicamentos recetados, el dinero de la cuenta de MSA puede ser utilizado para medicamentos recetados y de venta libre. Sin embargo, esas expensas no serán tenidas en cuenta para el **deducible** del Plan MSA.
- Si está inscrito en un **Plan Medicare de Costo** que no ofrece la cobertura de recetas médicas puede inscribirse en un plan separado de Medicare de recetas médicas para agregar la cobertura de medicamentos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 4

## Sus opciones de cobertura

---

Si se queda en un plan que no ofrece la cobertura de las recetas médicas y no se inscribe en un **plan Medicare de medicamentos recetados** ni tiene otra **cobertura válida** de medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa si decide inscribirse más adelante.

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

### **Tengo un plan de salud de Medicare que cubre las recetas médicas.**

Si tiene un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) u otro **plan de salud de Medicare** que cubre sus recetas médicas, debe obtener sus medicamentos a través del plan.

- Si está inscrito en un plan Medicare Advantage y se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, en la mayoría de los casos se le dará de baja de su plan Medicare Advantage y regresará al **Medicare Original**.
- Si tiene un **Plan Privado de Pago-por-Servicio** sin la cobertura de recetas médicas, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado para agregar la cobertura de sus medicamentos.
- Si está inscrito en un **Plan Medicare de Costo**, puede obtener la cobertura de recetas médicas del plan o puede inscribirse en un plan separado de Medicare de recetas médicas para agregar la cobertura de medicamentos.

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

# 4

## Sus opciones de cobertura

### Tengo Medicare y Medicaid.

Medicare le ayuda a pagar por sus medicamentos recetados en vez de **Medicaid**. Debido a que usted tiene Medicaid, Medicare le otorgará automáticamente la **Ayuda Adicional** para pagar por los costos de su cobertura de medicamentos. Vea las páginas 29–30 para información sobre los costos. Si vive en una **institución** (como un asilo para ancianos) no pagará por sus medicamentos cubiertos.

Si aún no se ha inscrito en un plan de medicamentos, Medicare lo inscribirá para que tenga la cobertura de recetas médicas a menos que tenga cierta cobertura de jubilado de un empleador anterior o sindicato. Medicare le enviará un aviso amarillo informándole cuál es el plan en el que lo ha inscrito y cuándo comienza la cobertura. Averigüe si el plan cubre los medicamentos que usa y si puede ir a las farmacias que quiere. Si decide cambiarse de plan puede hacerlo en cualquier momento.

Si obtiene algún medicamento antes de que entre en vigencia la cobertura de su plan de medicamentos, tal vez le puedan reembolsar parte del gasto. Llame al Programa de Transición para los Beneficiarios de Ingresos limitados Elegibles recientemente (NET) al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-801-0369.

Si no desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados y tampoco quiere que Medicare lo inscriba (por ejemplo porque tiene un plan de **cobertura válida**), llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y avíseles que no quiere inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Advertencia:** Si llama al 1-800-MEDICARE y les dice que no desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados, puede que se quede sin cobertura de recetas médicas. Sin embargo, puede cambiar de idea e inscribirse en un plan de medicamentos en cualquier momento sin tener que pagar la **multa** siempre que siga siendo elegible para recibir la Ayuda Adicional.

En casos limitados, algunos programas estatales Medicaid pagan por los medicamentos que no están cubiertos por Medicare. Si continúa siendo elegible para Medicaid, dicho programa seguirá cubriendo los costos de los servicios de salud que Medicare no cubre. Si no está seguro de calificar para Medicaid, llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica. Para obtener el teléfono en su zona visite [www.medicare.gov/contacts](http://www.medicare.gov/contacts), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 4

## Sus opciones de cobertura

---

### **Tengo Medicare y recibo la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés), o ayuda de Medicaid para pagar mis primas de Medicare Parte B (pertenezco a un Programa de Ahorros de Medicare).**

Si tiene Medicare y SSI o pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare (o fue elegible para alguno de ellos durante el año), Medicare le enviará una carta violeta avisándole que es elegible automáticamente para recibir la **Ayuda Adicional** para pagar por la cobertura de sus recetas médicas. Usted la recibirá automáticamente cuando se inscriba en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Vea las páginas 29–30 para más información sobre sus costos.

**Si aún no se ha inscrito en un plan de medicamentos, Medicare lo inscribirá para que tenga la cobertura de recetas médicas** a menos que tenga cierta cobertura de jubilado de un empleador anterior o sindicato. Medicare le enviará un aviso amarillo (si recibe SSI) o verde (si pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare) informándole cuál es el plan en el que lo ha inscrito y cuándo comienza la cobertura. Si decide cambiarse de plan puede hacerlo cuando quiera sin tener que pagar la **multa** mientras que sea elegible para la Ayuda Adicional.

Si no desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados y tampoco quiere que Medicare lo inscriba (por ejemplo porque tiene un plan de **cobertura válida**), llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y avíseles que no quiere inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Advertencia:** Si llama al 1-800-MEDICARE y les dice que no desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, puede que se quede sin cobertura de recetas médicas. Sin embargo, si cambia de idea y decide inscribirse en un plan puede hacerlo cuando quiera sin tener que pagar la **multa** mientras que sea elegible para la Ayuda Adicional.

# 4

## Sus opciones de cobertura

### Tengo Medicare y vivo en un asilo para ancianos o institución.

- Mientras esté viviendo en una **institución** puede cambiar su plan de Medicare de medicamentos cuando quiera.
- Si se muda, vive o deja un asilo de ancianos u otra institución, puede cambiar de plan de Medicare de recetas médicas en ese momento.
- Si no puede inscribirse por usted mismo, su representante autorizado puede inscribirlo en un plan que atienda sus necesidades.
- Si está en un Centro de Enfermería Especializada recibiendo cuidado especializado cubierto por Medicare, sus recetas médicas generalmente estarán cubiertas por la Parte A (Seguro de Hospital) de Medicare.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

Si vive en un asilo para ancianos u otra institución de cuidado a largo plazo recibirá los medicamentos cubiertos de una farmacia de cuidado a largo plazo que trabaja con su plan. Esta farmacia generalmente tiene un contrato (es propiedad de o es operada por) su institución o asilo para ancianos.

A menos que se inscriba en un **Plan Medicare Advantage** con cobertura de los medicamentos recetados o en un **Plan Medicare de Medicamentos Recetados** individual, Medicare lo inscribirá automáticamente en un plan si usted tiene Medicare y la cobertura completa de Medicaid y vive en una institución. Si vive en un asilo para ancianos y tiene la cobertura completa de Medicaid no pagará

nada por sus medicamentos recetados una vez que Medicaid haya pagado por su estadía en el asilo por lo menos por un mes completo.

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



# 4

## Sus opciones de cobertura

---

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

Los programas PACE son en algunos estados, una opción conjunta de Medicare y **Medicaid**. Si tiene PACE no necesita inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados porque PACE cubrirá sus recetas médicas.

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

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

Si sólo tiene Medicare continuará recibiendo sus servicios médicos y la cobertura de medicamentos a través de su plan de PACE. Usted pagará una **prima** mensual reducida porque ya no incluirá los medicamentos recetados. Sin embargo, también pagará una prima separada por la cobertura de sus recetas médicas.

Si no tiene la cobertura de Medicaid, podría ser elegible igualmente para recibir la **Ayuda Adicional** para pagar por la cobertura de sus medicamentos.

- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778), o visite [www.socialsecurity.gov/i1020](http://www.socialsecurity.gov/i1020) para solicitar la Ayuda Adicional por Internet.
- También puede solicitarle en su Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” si desea obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite [www.medicare.gov/contacts](http://www.medicare.gov/contacts).

Si desea más información sobre la Ayuda Adicional, consulte las páginas 29–40.

# 4

## Sus opciones de cobertura

---

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

Varios estados tienen programas que ayudan a ciertas personas a pagar por sus medicamentos. Según el estado donde viva, el **Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)** le brindará ayuda para pagar por sus medicamentos de distintas maneras. Algunos SPAP tal vez tengan como requisito que se inscriba en un plan Medicare de recetas médicas para seguir teniendo cobertura y luego cubrirán los costos que Medicare no cubra. Para obtener la información de contacto de los SPAP, visite [www.medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx](http://www.medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx).

Si usted pertenece a un SPAP, además del período abierto de inscripción (del 15 de octubre al 7 de diciembre), usted tendrá cada año otra oportunidad para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Una vez al año podrá cambiar el plan en el que lo ha inscrito su SPAP. Si pierde sus beneficios SPAP, tendrá la oportunidad de inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados empezando con el mes en que pierde los beneficios y durante dos meses más.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 4

## Sus opciones de cobertura

---

### **Recibo ayuda de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el SIDA (ADAP por su sigla en inglés).**

La mayoría de los programas de ADAP sólo cubren medicamentos para el VIH/SIDA. Como ADAP no cubre otros medicamentos, no es una **cobertura válida** de recetas médicas. Si usted no tiene una cobertura válida de medicamentos y retrasa su inscripción en un plan Medicare de medicamentos recetados, cuando se inscriba tendrá que pagar la **multa** por inscripción tardía.

Los planes Medicare de medicamentos recetados cubrirán todos los medicamentos antirretrovirales. Para recibir los beneficios de ADAP, tal vez tenga que inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados. ADAP puede cubrir las **primas, deducibles, coseguro y/o copagos** del plan de Medicare de medicamentos recetados para ayudarle con los costos. Comuníquese con su ADAP para ver si le ayudarán a pagar estos costos o si requieren que se inscriba en el programa.

ADAP varía por estado, entonces debe llamar a su programa de ADAP para ver cómo funciona con la cobertura de Medicare de medicamentos recetados.



# 4

## Sus opciones de cobertura

### Tengo Medicare y la cobertura de las recetas médicas del Servicio de Salud para Indígenas, Tribu u Organización de Salud Tribal o del Programa Urbano de Salud para Indígenas.

- Usted y su comunidad pueden beneficiarse si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados. Pregúntele a su proveedor o al coordinador de beneficios si le conviene inscribirse en uno de estos planes. Si decide hacerlo, ellos le pueden ayudar a escoger un plan.
- Si tiene cobertura de sus recetas médicas a través de una farmacia de salud para indígenas, no tiene que pagar nada y su cobertura no será interrumpida.
- La inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare podría ser ventajosa para su proveedor de salud para indígenas, porque el plan paga parte de los costos de sus medicamentos. Esto le ayuda al proveedor de salud para indígenas con los costos de los servicios.
- Si tiene la cobertura completa de **Medicaid** y vive en un asilo para ancianos no tendrá que pagar los medicamentos de su propio bolsillo. Para más información sobre cómo inscribirse, pregúntele a su proveedor de salud para indígenas o hable con el coordinador de beneficios de su farmacia de salud indígena más cercana.
- Si tiene un seguro médico del Servicio de Salud para Indígenas, Tribu u Organización de Salud Tribal o del Programa Urbano de Salud

para Indígenas tiene una **cobertura válida** de medicamentos recetados. No tendrá que pagar la **multa** por inscripción tardía si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados. Pídale a su proveedor de salud para indígenas una carta indicando que tiene cobertura válida de medicamentos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.



## Los pasos para escoger un plan

Siga los pasos siguientes para escoger e inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, ya sea para hacerlo por primera vez o hacer cambios para el año siguiente. Use las hojas de verificación de las páginas 60–61 como ayuda para escoger un plan:

**1er. Paso:** Prepárese—Tómese el tiempo para reunir la información.

**2do. Paso:** Compare—Compare los planes de su zona teniendo en cuenta su precio, cobertura, y el servicio al cliente.

**3er. Paso:** Escoja—Decida cuál es el mejor plan para usted e inscribese.

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

Antes de elegir un plan, sería conveniente que reúna información sobre su persona. Por ejemplo, sobre la cobertura de recetas médicas que tenga actualmente así como una lista de sus medicamentos y las dosis que toma. También debe tener a mano cualquier carta que haya recibido de Medicare, el Seguro Social o su plan de Medicare de medicamentos recetados actual notificándole cualquier cambio.

Si tiene cobertura de recetas médicas debe averiguar si es **cobertura válida**. Su compañía de seguro o el proveedor del plan pueden darle esa información. Si no se han comunicado con usted, llame a su compañía de seguro, al proveedor del plan o al administrador de beneficios para averiguar. Si su cobertura es válida y no recibió la notificación pídasela a su compañía de seguros, proveedor del plan o administrador de beneficios. Además, tal vez le convenga quedarse con su cobertura válida en lugar de inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

**Consejo:** Si está pensando en inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, fíjese cómo influirá en sus opciones cualquier otra cobertura que tenga. Consulte las páginas 41–58.

#### **Consejo:**

Antes de elegir un plan de Medicare de medicamentos recetados al cual inscribirse, averigüe cómo influirá en cualquier tipo de cobertura de salud que tenga. Vea las páginas 41–58.

# 5

## Los pasos para escoger un plan

---

Los medicamentos que tomo.

Nombre del medicamento	Dosis (ml, mg)	Número de veces que lo toma al día	Lo que pago cada mes

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### **2do. Paso: Compare los planes Medicare de recetas médicas teniendo en cuenta su precio, cobertura, conveniencia y servicio al cliente.**

Para obtener un lista de los planes Medicare de medicamentos recetados disponibles en su zona, consulte el manual “Medicare y Usted”, o use el Localizador de planes Medicare en [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

# 5

## Los pasos para escoger un plan

Cuando encuentre los planes que le interesan, use [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para obtener la información a continuación o llame a las compañías que los ofrecen.

**Nombre del plan:**

Prima Mensual \$	Deducible anual \$	Mis medicamentos cubiertos	Mis medicamentos <b>no</b> cubiertos	Lo que pagué por cada receta	¿Puedo usar mi farmacia?	¿Puedo pedir que los envíen por correo?
		1.	1.			
		2.	2.			
		3.	3.			

**Nombre del plan:**

Prima Mensual \$	Deducible anual \$	Mis medicamentos cubiertos	Mis medicamentos <b>no</b> cubiertos	Lo que pagué por cada receta	¿Puedo usar mi farmacia?	¿Puedo pedir que los envíen por correo?
		1.	1.			
		2.	2.			
		3.	3.			

**Nombre del plan:**

Prima Mensual \$	Deducible anual \$	Mis medicamentos cubiertos	Mis medicamentos <b>no</b> cubiertos	Lo que pagué por cada receta	¿Puedo usar mi farmacia?	¿Puedo pedir que los envíen por correo?
		1.	1.			
		2.	2.			
		3.	3.			

# 5

## Los pasos para escoger un plan

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

Refiérase a los cuadros en las páginas 60–61. Compare los planes basándose en lo que es importante para usted de acuerdo a su situación y a los medicamentos que necesita. Tal vez le convenga preguntarse:

- ¿Cuál es el plan que cubre los medicamentos que necesito?
- ¿Cuál de estos planes me brinda el mejor precio para todos mis medicamentos?
- ¿Cuánto cuesta la **prima** mensual, el **deducible** anual y los **copagos** y **coseguro**?
- ¿Cuál de los planes me permite usar la farmacia que yo quiero?
- ¿Cuál de los planes me permite comprar mis medicamentos por correo?
- ¿Cuál de los planes tiene cobertura en varios estados (en caso de que lo necesite)?
- ¿Cuál es la calificación de calidad que recibió el plan?
- ¿Tendré que pagar la **multa** porque esperé para inscribirme?
- ¿Comenzará mi cobertura cuando yo lo desee?
- ¿Necesitaré protección para los aumentos inesperados en el futuro?
- ¿Estoy satisfecho con el servicio de mi plan de medicamentos de Medicare (si ya tengo un plan)?

Si necesita ayuda para tomar una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos, llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico**. (**SHIP** por su sigla en inglés). En la página 75 encontrará el número de teléfono. También puede fijarse en [www.medicare.gov/contacts](http://www.medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### 3er. Paso: Escoja el plan que le convenga más e inscríbese.

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

## Sus derechos y apelaciones

### ¿Cómo puedo protegerme contra el fraude y el robo de identidad?

Aprenda a protegerse averiguando si los **Planes Medicare Advantage** y los **Planes Medicare de Medicamentos Recetados** son comercializados apropiadamente. Los planes y la gente que trabaja con Medicare **no** están autorizados a:

- Cobrarle para inscribirlo en un plan.
- Enviarle un correo electrónico no solicitado.
- Ir a su casa sin haber sido invitado para venderle productos de Medicare.
- Llamarle a menos que ya sea miembro de un plan. Si ya es miembro de un plan, el representante que lo ayudó a inscribirse lo puede llamar.
- Ofrecerle dinero para inscribirse en un plan o invitarlo a comer gratis para venderle el plan.
- Inscribirlo en un plan por teléfono a menos que usted lo llame y pida que lo inscriban.
- Pedirle un pago por teléfono o a través del Internet. El plan tiene que mandarle una cuenta.
- Venderle un producto que no está relacionado con la salud, como una anualidad o una póliza de seguro de vida, durante un venta de un plan de Medicare de medicamentos recetados o de salud.
- Hacer una cita para brindarle información sobre su plan a menos que usted acepte por escrito o por una conversación telefónica para hablar sobre esos productos. Durante la cita, sólo pueden tratar de venderle los productos de los cuales aceptó hablar.
- Hablarle sobre sus planes en el lugar donde recibe atención médica, como ser un cuarto de examen, habitación de hospital o la farmacia.
- Promocionar sus planes o inscribirlo durante un evento educativo, como una feria de salud o conferencia.



Los agentes independientes y corredores que trabajan con los planes deben tener una licencia de su estado. El plan debe avisarle al estado cuáles son los agentes que están vendiéndolo.

Si está inscrito en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados y piensa que el plan no está cumpliendo estas normas, llame al contratista para la integridad del uso de los planes de medicamentos de Medicare al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379).

# 6

## Sus derechos y apelaciones

---

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

Si piensa que alguien está usando su información personal, llame a la línea para robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338; los usuarios de TTY deberán llamar al 1-866-653-4261. Si desea más información sobre el robo de identidad o para poner una denuncia por Internet, visite [www.consumer.gov/idtheft](http://www.consumer.gov/idtheft).

### **¿Qué puedo hacer si necesito asistencia para pedir la Ayuda Adicional o para inscribirme en un plan Medicare de recetas médicas o para solicitar una determinación de cobertura o apelación?**

Usted puede tener designar un representante. Un representante legal o autorizado es una persona que por una ley estatal o federal, tiene el derecho legal (como un Poder Legal o una orden judicial) para actuar en su nombre. Puede ser un familiar, amigo, abogado, médico o cualquier persona que escoja.

Un representante personal puede ayudarle (o en nombre suyo) averiguar si usted califica para recibir la **Ayuda Adicional** para pagar por su cobertura de recetas médicas, solicitar una **determinación de cobertura**, presentar una queja o apelar una decisión. **El representante no puede inscribirlo en un plan Medicare de medicamentos recetados a menos que sea su representante legal según lo estipulan las leyes de su estado.**

El representante puede ser:

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 6

## Sus derechos y apelaciones

Usted puede nombrar un representante de una de las maneras siguientes:

1. Llenando el formulario titulado “Nombramiento de un representante” (Formulario de CMS No. 1696) disponible en [www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf), o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir una copia gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
2. Enviar una carta que incluya:
  - Su nombre, dirección y teléfono
  - Su número de Medicare (tal y como aparece en su tarjeta blanca, roja y azul)
  - Una declaración designando un representante y la relación que tiene con usted
  - El nombre, dirección y teléfono del representante
  - El estatus profesional del representante y la relación que tiene con usted
  - Una autorización para divulgar su información médica a su representante
  - Una declaración explicando los motivos por los que nombra un representante
  - Su firma y la fecha de la carta
  - La firma del representante y la fecha

**Consejo:** Guarde en un lugar seguro su información personal. No se la proporciona a nadie que se presente en su hogar (o lo llame) para venderle productos de Medicare, sin que usted lo haya invitado.

Usted debe enviar la carta o formulario con su apelación. Vea la página 67 para averiguar cómo apelar. La persona que le ayuda debe enviar la carta o el formulario cada vez que solicite una **determinación de cobertura** o que apele, por lo tanto es conveniente que haga varias copias. Si tiene preguntas sobre el nombramiento de un representante, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

# 6

## Sus derechos y apelaciones

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

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

Usted, su representante, el médico o quien le receta el medicamento puede pedir una **determinación de cobertura** si el farmacéutico o el plan le dice:

- Que un medicamento que usted cree que debería estar cubierto no lo está.
- Que el medicamento será cubierto por un precio más alto del que usted piensa que deberían cobrarle.
- Que tiene que cumplir una norma de cobertura (como una autorización previa), antes de obtener el medicamento.
- Que tiene que pagar por el medicamento y pedirle a su plan que le reembolse lo que ha pagado, solicitando una determinación de cobertura.
- O, si usted quiere que el plan cubra un medicamento no preferido al precio de uno preferido.

Usted puede mandar una carta o usar el “Modelo de solicitud para una determinación de cobertura”. Puede conseguir una copia de este formulario visitando [www.cms.hhs.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/Downloads/ModelCoverageDeterminationRequestForm.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/Downloads/ModelCoverageDeterminationRequestForm.pdf). Tendrá que incluir una explicación sobre el motivo por el que necesita ese medicamento. Su médico debe justificar que deben otorgarle la **excepción** por motivos médicos.

Según su situación, usted podría pedir una determinación de cobertura antes de pagar por su medicamento. Si le está pidiendo al plan que le reembolse el pago de un medicamento, debe escribirles para pedirles una determinación de cobertura—a menos que ellos le hayan dicho que puede solicitarlo por teléfono.

El período para que el plan tome una decisión comienza cuando el plan recibe esta carta. Ellos tomarán una decisión en 72 horas. Usted o su médico puede llamar o escribirle al plan para solicitar una decisión acelerada en 24 horas. Se le otorgará una decisión acelerada si el médico le explica a su plan o si el plan determina que su salud puede correr un riesgo grave si tiene que esperar la decisión estándar de 72 horas. No se aceptará la solicitud de decisión acelerada si usted ya ha pagado por el medicamento y pide el reembolso.

# 6

## Sus derechos y apelaciones

---

### ¿Cómo puede apelar una decisión?

Si usted solicita una **determinación de cobertura** y luego está en desacuerdo con la decisión del plan, puede apelar. Hay **cinco niveles** de apelación disponibles pero tiene que seguir el orden mencionado a continuación:

#### 1. Apelación a través de su plan.

A este primer nivel se le conoce como “redeterminación”. En el aviso de denegación del plan le explican cómo apelar la decisión. Debe apelar dentro de los 60 días de la fecha del aviso de determinación de cobertura. Usted, su representante o su médico pueden pedir una redeterminación estándar o acelerada. El pedido estándar debe realizarse por escrito a menos que el plan lo acepte por teléfono. Su pedido se acelerará si el plan determina, o su médico le indica al plan, que su vida o salud pueden correr peligro si tiene que esperar a que se procese el pedido estándar. Debe solicitar una decisión acelerada por escrito o por teléfono. **No** se aceptará su pedido de una decisión acelerada si usted pide un reembolso por un medicamento que ya pagó.

Si bien su plan aceptará cualquier pedido por escrito, le conviene incluir:

- Su nombre, dirección y el número de Medicare (tal y como aparece en su tarjeta de Medicare)
- El nombre del medicamento recetado que quiere que sea cubierto por su plan
- Las razones por las que está apelando y cualquier documentación adicional que pudiera ayudar a su caso
- Su firma o la firma de su representante

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

# 6

## Sus derechos y apelaciones

---

### 2. Revisión de una entidad independiente.

Si el plan se pronuncia nuevamente en su contra, usted o su representante puede pedir una “reconsideración” a una entidad independiente (IRE por su sigla en inglés). En la carta que le ha mandado el plan con la decisión le explicarán cómo apelar. El plan también le enviará el formulario “Pedido de reconsideración” que puede usar para pedir una “reconsideración”. Si no recibe este formulario, llame a su plan o visite [www.cms.gov/cmsforms/downloads/CMS20033.pdf](http://www.cms.gov/cmsforms/downloads/CMS20033.pdf). Usted debe hacer el pedido dentro de los 60 días siguientes a la decisión. La “reconsideración” debe pedirla por escrito. Su pedido debe ser enviado a la IRE a la dirección o número de fax que figura en la carta que le envió su plan (carta de redeterminación).

Usted o su representante puede solicitar una decisión estándar o acelerada. Su pedido se acelerará si el IRE determina, o su médico le indica al IRE, que su vida o salud pueden correr serios peligros si tiene que esperar a que se procese el pedido estándar.

**Importante:** Si su plan no ha considerado su pedido previo como una **excepción** pero usted le está pidiendo una excepción al IRE, necesitará una declaración de su médico explicando por qué necesita ese medicamento. Comuníquese con el IRE para ver si tiene este requisito y si debe hacerse por escrito. Si necesita enviar la declaración, el periodo de decisión del IRE comienza cuando la reciban.

Una vez que usted haya enviado su pedido de reconsideración (y la declaración de su médico), el IRE tiene siete días (para un pedido estándar de cobertura o de reembolso) o 72 horas (para un pedido de cobertura acelerado) para comunicarle la decisión.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 6

## Sus derechos y apelaciones

---

### 3. Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo.

La IRE le enviará una carta con su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión de la IRE (notificación de reconsideración), usted o su representante puede solicitar una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ por su sigla en inglés). Usted o su representante debe solicitarla por escrito dentro de los 60 días de la decisión del IRE. El pedido debe ser enviado a la dirección mencionada en la carta de decisión que le envía la IRE. Para que le otorguen la audiencia con un ALJ, el valor proyectado de la cobertura denegada debe ser de una suma mínima (puede combinar casos para llegar a la suma mínima). La notificación de reconsideración incluirá esta suma.

Usted o su representante puede solicitar una audiencia estándar o acelerada. Su pedido se acelerará si el ALJ determina, o su médico le indica al ALJ, que su vida o salud pueden correr serios peligros si tiene que esperar a que se procese el pedido estándar. El pedido acelerado puede hacerse por escrito o por teléfono.

Una vez que haya solicitado la audiencia, el ALJ tiene hasta un máximo de 90 días para tomar una decisión estándar sobre la cobertura o reembolso, y 10 días si se trata de una solicitud acelerada.

### 4. Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ, usted o su representante puede solicitar por escrito una revisión al Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC por su sigla en inglés). La carta con la decisión del ALJ le explicará cómo apelar. Usted o su representante debe solicitarla por escrito al MAC dentro de los 60 días de la decisión del ALJ. El pedido debe ser enviado a la dirección mencionada en la notificación del ALJ.

Usted o su representante puede solicitar una audiencia estándar o acelerada. Su pedido se acelerará si el MAC determina, o su médico le indica al MAC, que su vida o salud pueden correr serios peligros si tiene que esperar a que se procese el pedido estándar. El pedido acelerado puede hacerse por escrito o por teléfono.

Una vez que haya solicitado la audiencia, el MAC tiene hasta un máximo de 90 días para tomar una decisión estándar sobre la cobertura o reembolso, y 10 días si se trata de una solicitud acelerada.

# 6

## Sus derechos y apelaciones

---

### 5. Revisión de una corte federal.

Si no está de acuerdo con la decisión del MAC, o si le han denegado su pedido, usted o su representante puede solicitar por escrito una revisión de una corte federal. Debe solicitarla por escrito dentro de los 60 días de la decisión del MAC. El pedido debe ser enviado a la dirección mencionada en la carta de decisión del MAC. Para que se la otorguen, el valor proyectado de la cobertura denegada debe ser de una cantidad mínima. La decisión del MAC incluirá esta cantidad.

Cuando se inscriba en un plan de medicamentos recetados de Medicare, el plan le enviará información sobre su proceso de apelación. Lea la información cuidadosamente, y manténgala en un lugar seguro. Llame a su plan si tiene preguntas.

### ¿Qué puedo hacer si estoy en desacuerdo con la multa por inscripción tardía?

Si no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando es elegible por primera vez, tal vez tenga que pagar una **multa** si se inscribe más tarde, a menos que tenga una **cobertura válida** de medicamentos. En algunos casos, se le otorgará el derecho de apelar el pago de la multa. A esto se le conoce como “reconsideración”.

Algunos de los motivos por los que puede solicitar una reconsideración incluyen:

- Si usted piensa que Medicare no tuvo en cuenta toda su cobertura válida de medicamentos anterior.
- Si no recibió la carta en la que le expliquen claramente si su cobertura anterior era una cobertura válida de medicamentos.

Su plan le entregará una solicitud de reconsideración con la carta en la que le avisan que tendrá que pagar la multa por inscripción tardía. Mande el formulario completado a la dirección o fax indicado en el formulario durante los 60 días siguientes a la fecha de la carta. También debe adjuntar cualquier evidencia que ayude a su pedido, como cualquier información que tenga sobre su cobertura válida anterior.

# 6

## Sus derechos y apelaciones

---

Si necesita más información sobre cómo solicitar una reconsideración sobre el pago de la **multa**, llame a su plan. También puede visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Usted tiene derecho a presentarle una queja al plan. A continuación le mencionamos algunos motivos por los que podría hacerlo:

- Usted piensa que el horario de atención al cliente debería ser distinto.
- Debe esperar mucho tiempo para obtener su medicamento.
- La farmacia le está cobrando más de lo que debería. Puede presentar una queja y pedir una **determinación de cobertura**.
- La compañía que ofrece el plan le manda documentos que no están relacionados con el plan y que usted no pidió.
- El plan no toma una decisión sobre una determinación de cobertura o apelación de primer nivel, dentro del tiempo establecido y no envió su caso al IRE. Usted puede apelar la decisión y presentar una queja.
- Usted está en desacuerdo con la decisión del plan acerca de su solicitud de determinación o redeterminación acelerada.
- El plan no le envió las notificaciones requeridas.
- Las notificaciones del plan no siguen las normas de Medicare.

Usted puede presentar su queja por teléfono o por escrito. Debe hacerlo a más tardar a los 60 días del evento por el cual se queja.

Su plan debe informarle su decisión generalmente dentro de los 30 días de recibida la queja. El plan puede extender el período de 30 días, 14 días más si usted (o su representante) pide una extensión, o si el plan tiene que solicitar información adicional y el retraso es para su propio beneficio.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 6

## Sus derechos y apelaciones

---

Si la queja está relacionada con el rechazo del plan para acelerar una **determinación de cobertura** o la redeterminación y usted no ha comprado ni recibido el medicamento, el plan debe comunicarle su decisión a las 24 horas de haber recibido la queja.

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

## Si desea más información

Para más información sobre los planes Medicare de medicamentos recetados, visite [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan) para obtener información personalizada. Ingrese la lista de sus medicamentos para obtener una información detallada de los costos. Cualquier información que ingrese puede ser borrada si oprime la tecla “back” en su teclado o pantalla. Esto es para mantener su información personal más segura.

Para obtener información las 24 horas del día, los siete días de la semana, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

- Hable claro, tenga su tarjeta de Medicare a mano y esté listo para darles el número de Medicare. Esto le permitirá acortar la espera para hablar con un representante.
- Para ingresar su número de Medicare, diga cada número y letra claramente. O ingréselos usando los números del aparato. Use el asterisco (\*) para indicar los lugares correspondientes a una letra. Por ejemplo, si su número de Medicare es 000-00-0000A, en este caso usted ingresará 0-0-0-0-0-0-0- 0-0-\*. El sistema automatizado de voz le pedirá que le diga la letra.
- Diga “Agente” en cualquier momento en que quiera hablar con un representante, o use el cuadro a continuación. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés o español, avísele al representante para que le provean servicios de traducción.

Si está llamando por o para...	Diga...
La cobertura de recetas médicas de Medicare	“Cobertura de medicamentos”
El proceso de su solicitud de inscripción	“Cobertura de medicamentos” y después “Mi inscripción”
Ayuda con los costos de sus medicamentos	“Ingreso limitado”
Obtener el teléfono de la Oficina Estatal de Ayuda Médica ( <b>Medicaid</b> )	“Medicaid”
Pedir publicaciones de Medicare	“Publicaciones”

# 7

## Si desea más información

---

**Nota:** Si quiere que Medicare le divulgue su información médica a otra persona, necesita comunicárselo a Medicare por escrito. Puede rellenar el formulario “Autorización a Medicare para divulgar información médica personal” (Formulario de CMS N0. 10106) en [www.medicare.gov/MedicareOnlineForms](http://www.medicare.gov/MedicareOnlineForms) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir una copia del formulario. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Para más información sobre su cobertura de recetas médicas actual, comuníquese con el administrador de beneficios, la compañía de seguros o el proveedor del plan.
- Para más información sobre la solicitud de la Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de recetas médicas de Medicare, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213, o visite [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Para asesoría gratuita personalizada sobre sus opciones de cobertura de recetas médicas, comuníquese con el **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**. El número del SHIP de su estado está indicado en la siguiente página.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 77–80.

# 7

## Si desea más información

---

### **Oficinas del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite [www.medicare.gov/contacts/home.asp](http://www.medicare.gov/contacts/home.asp). Gracias.

Los números de teléfonos y direcciones de Internet mencionados en esta publicación eran los correctos al momento de su impresión. A veces dicha información cambia. Si desea obtener los números de teléfono actualizados, visite [www.medicare.gov/contacts](http://www.medicare.gov/contacts). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

# 7

## Si desea más información

---



# 7

## Si desea más información

---

### Definiciones

**Ayuda Adicional**—Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos de la cobertura de sus recetas médicas, como las primas, deducibles y el coseguro.

**Cobertura válida de recetas médicas** (Creditable coverage)—La cobertura de medicamentos (como la que recibe a través de un empleador o sindicato), que en promedio paga por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de Medicare. Las personas con este tipo de cobertura, cuando sean elegibles para Medicare, generalmente podrán quedársela sin tener que pagar una multa si más tarde deciden inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, siempre que no pasen 63 días seguidos sin cobertura.

**Copago**—Es la cantidad que usted paga por cada servicio médico o suministro que reciba, por ejemplo, una consulta al médico o un medicamento. El copago, por lo general, es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, podría ser de \$10 o \$20 por cada consulta médica o receta.

**Coseguro**—La cantidad que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo el 20%).

**Deducible**—La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o las medicinas, antes de que el Medicare Original, su plan de medicamentos o su otro seguro comience a pagar.

**Determinación de cobertura**—Es la primera decisión tomada por su plan de medicamentos (no por la farmacia) sobre sus beneficios, entre los que se incluyen.

- Si un medicamento específico está cubierto
- Si usted ha cumplido todos los requisitos para obtener el medicamento solicitado
- Cuánto tendrá que pagar por el medicamento
- Si se puede hacer una excepción a una norma del plan respecto a su pedido

Si el plan de medicamentos no toma una decisión oportuna (72 horas para un pedido estándar o 24 para un pedido acelerado) y usted puede demostrar que cualquier retraso podría poner en peligro su salud, la falta de una respuesta a tiempo del plan se considera una determinación de cobertura. Si usted está en desacuerdo con la determinación, el paso siguiente es una apelación.

# 7

## Si desea más información

---

**Excepción**—Un tipo de determinación de cobertura del plan de medicamentos de Medicare. Una excepción es cuando el plan de medicamentos decide cubrir una medicina que no está en el formulario o cuando decide eximirlo del cumplimiento de una norma de cobertura del plan. Una excepción del nivel es un pedido para pagar un copago más bajo por un medicamento que está en el nivel de medicamentos no preferidos. Su médico debe enviar una declaración explicando los motivos médicos por los que se solicita la excepción.

**Formulario/Lista de medicamentos**—La lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan u otro seguro que cubra las recetas médicas. También se le conoce como formulario.

**Institución**—En esta publicación se considera como institución a un centro para el cuidado de la salud a corto o largo plazo, por ejemplo un asilo de ancianos o un Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés), o un hospital de rehabilitación. Las residencias privadas como los centros para adultos y para vida asistida, o los hogares residenciales no se consideran como instituciones.

**Interrupción en la cobertura**—La interrupción en la cobertura de medicamentos es el período durante el cual usted tendrá que pagar por sus medicamentos hasta que haya gastado lo suficiente para calificar para la cobertura catastrófica. A la interrupción en la cobertura, que se le conoce en inglés como donut hole, comienza cuando usted y su plan han gastado en medicamentos, una cantidad estipulada durante el año.

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

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

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

# 7

## Si desea más información

---

**Oficina Estatal de Ayuda Médica**—Una agencia estatal a cargo del programa Medicaid estatal que le brinda información sobre los programas que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados.

**Plan de salud de Medicare**—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para ofrecer los beneficios de las Partes A y B a los beneficiarios inscritos en el plan.

**Plan Medicare Advantage (Parte C)**—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B. Los Planes Medicare Advantage incluyen los planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO), los de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO), los planes Privados de Pago-por-Servicio, los Planes para Necesidades Especiales o los Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare serán pagados por el Plan Medicare Advantage en vez del Medicare Original. La mayoría de los Planes Medicare Advantage ofrecen la cobertura de las recetas médicas.

**Plan Medicare de Costo**—Es un tipo de plan de Medicare disponible en algunas zonas. En un plan de Costo de Medicare, si obtiene servicios fuera de la red del plan sin ser derivado (referral), sus servicios cubiertos por Medicare serán pagados por el Medicare Original, excepto por los servicios de emergencia, o servicios urgentes que serán pagados por su plan de costo.

**Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)**—Estos planes combinan un Plan Medicare Advantage con opción de deducible alto con una cuenta de ahorros médicos para pagar por sus gastos de salud. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usar ese dinero para pagar sus gastos médicos, pero solamente las expensas cubiertas por Medicare se tendrán en cuenta para el pago del deducible. La cantidad depositada generalmente es menor que la cantidad del deducible, lo que significa que usted tendrá que pagar de su bolsillo antes de que comience la cobertura.

**Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D)**—Un plan independiente ofrecido por compañías privada y de seguros para agregar la cobertura de sus recetas médicas al Medicare Original, a los planes Privados de Pago-por-Servicio, a los Planes de Costo de Medicare y a los Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Los Planes Medicare Advantage también pueden ofrecer la cobertura de medicamentos siempre que sigan las mismas normas de los planes Medicare de medicamentos recetados.

# 7

## Si desea más información

---

**Plan Medicare Original**—Es un plan de pago-por-visita en el que el gobierno les paga directamente a sus proveedores por los servicios cubiertos por las Partes A y B.

**Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS)**—Un tipo de plan Medicare Advantage (Parte C) con el que puede ir a cualquier médico u hospital al que iría si estuviera inscrito en el Medicare Original y si el médico u hospital acepta tratarlo. El plan, en vez del programa Medicare, es el que decide cuánto pagará por los servicios brindados y cuánto le corresponde pagar a usted. El Plan Privado de Pago-por-Servicio es distinto al Medicare Original y usted debe cumplir las normas del plan al obtener los servicios. Usted puede pagar más o menos por los beneficios cubiertos por Medicare. Puede que tenga beneficios adicionales que el Medicare Original no cubre.

**Póliza Medigap**—Una póliza de seguro suplementaria a Medicare ofrecida a la venta por compañías de seguros privadas para cubrir lo que no cubre el Medicare Original. Algunas pólizas Medigap vendidas antes del 1 de enero de 2006, ofrecen la cobertura de medicamentos. Las pólizas vendidas después del 1 de enero de 2006, no ofrecen la cobertura de las recetas médicas.

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

**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría gratis sobre el seguro médico, a los beneficiarios de Medicare.

**Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)**—Un programa estatal que brinda ayuda para pagar por la cobertura de recetas médicas a las personas basándose en sus ingresos, edad o condición médica.

# Índice

## A

Administración del Seguro Social 15, 31, 33–36, 38, 55, 59, 64, 74  
Apelaciones 20, 27–28, 38, 64–70, 71  
Autorización previa 26, 66–67  
Ayuda Adicional 29–40

## B

Beneficios para Veteranos 18, 49

## C

Calidad 9, 25, 42, 46, 62  
Cobertura válida de medicamentos 6, 16–18, 42, 45–49, 51, 52–53, 57–59, 70, 77  
Cobertura catastrófica 11, 14  
Cobertura de empleador o sindicato 18, 22, 29, 31, 41, 46–47  
Costos 5, 25, 59–62

## D

Determinación de cobertura 64–67, 71, 77

## E

Enfermedad Renal Terminal (ESRD) 22  
Excepción 25–29, 66, 68, 78

## F

Farmacia 11, 20–22, 30, 32, 42, 49, 54, 58, 61–63  
Formulario (Lista de medicamentos) 20, 78  
Fraude 63–64

## I

Ingresos y recursos 9, 31, 33, 39, 41  
Institución (como un asilo para ancianos) 16, 20, 27, 30, 37, 52, 54, 58, 78  
Interrupción en la cobertura 11, 13–14

## L

Límite de cantidad 27–28

## M

Medicaid 16, 21, 24, 35, 37–40, 52, 54–55, 58, 73, 78  
Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) 44–46, 80  
Multa 6, 17–18, 42, 45–49, 51–53, 62, 70, 78

# Índice

## N

Niveles/categorías 25

## P

Plan Medicare Advantage 5–6, 11, 20, 22, 44–45, 49–51, 63, 79

Plan Medicare de Costo 5, 11, 50–51, 79

Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos 5, 45, 50, 79

Plan Medicare de Medicamentos Recetados 5–6, 20, 22, 44–45, 47, 49–51, 53–54, 63, 79

Plan Medicare Original 5, 20, 22, 50–51, 80

Prima 6, 9–17, 39, 42, 45, 55, 57, 61–62, 80

Programa de Medicamentos para el SIDA (ADAP) 57

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) 8, 39–40, 46, 62, 74–75, 80

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) 15, 56

Programa de Transición para las Personas con Ingresos Limitados Elegibles Recientemente (NET) 38, 52

Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE) 55

## Q

Queja 20, 38, 64, 71

## R

Representante autorizado 54, 64–70

Representante del beneficiario 64

## S

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 16, 29–30, 35, 37, 53

Seguro Médico para Empleados Federales 48

Servicio de Salud para Indígenas 7, 18, 58

## T

Terapia de pasos/etapas 26

Territorios 75

TRICARE 18, 49



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

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**

7500 Security Boulevard  
Baltimore, Maryland 21244-1850

---

Asunto oficial

Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 11109-S

Revisado en marzo de 2012



To get this booklet in English, call 1-800-MEDICARE  
(1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.