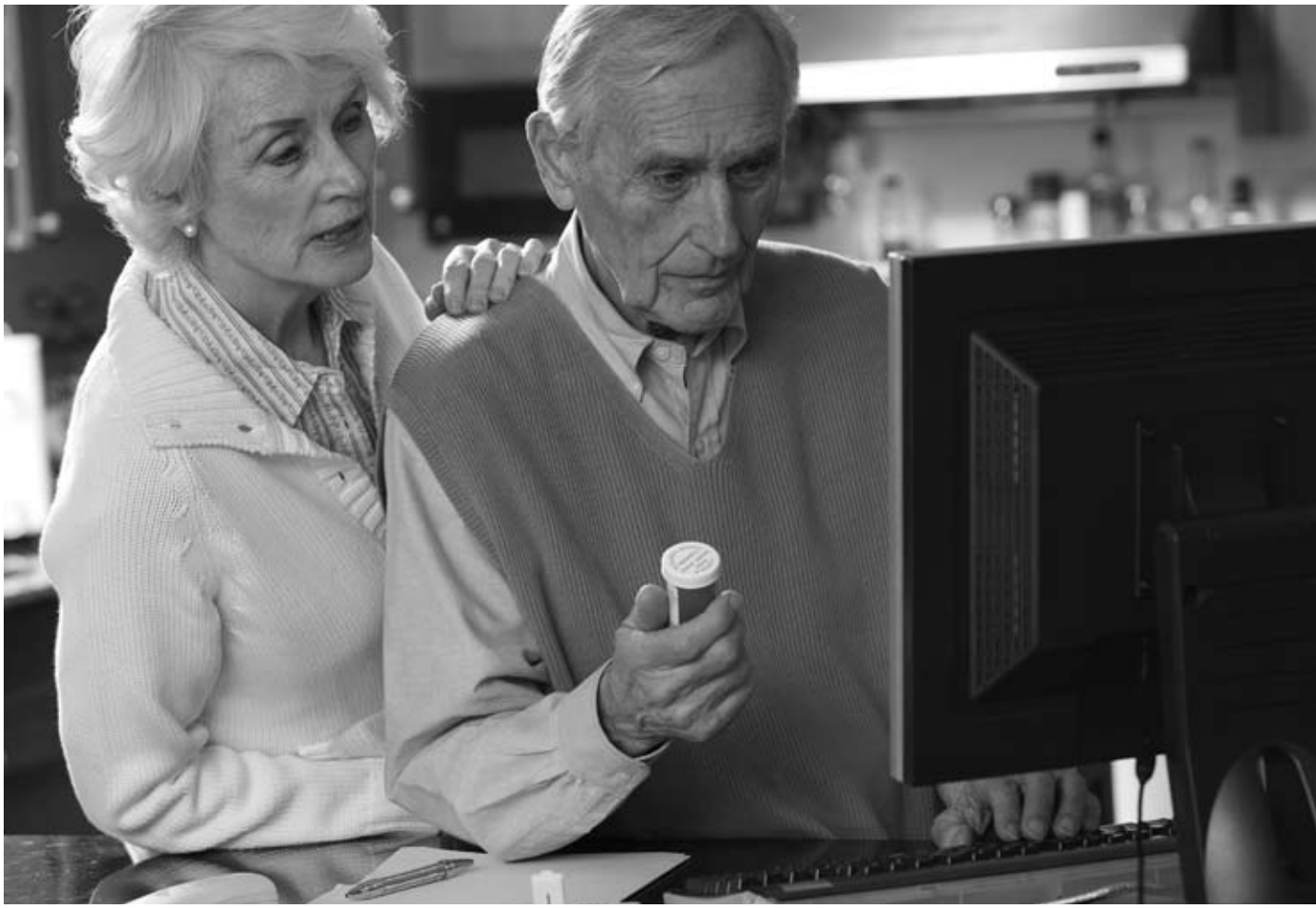
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

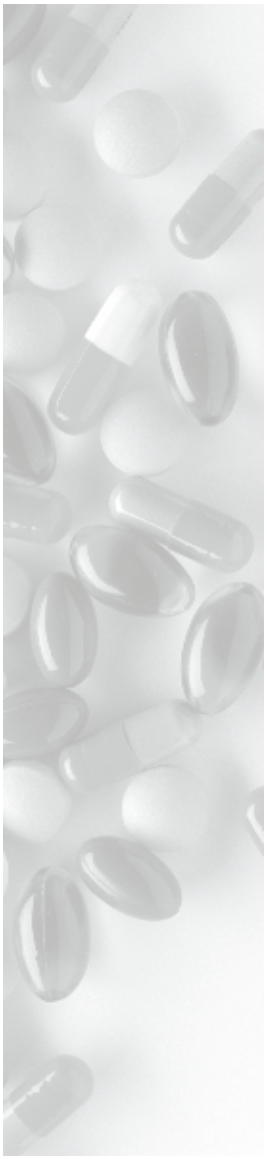


Su Guía sobre la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

Esta publicación oficial del gobierno le informa:

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

Tabla de Contenido



5 Introducción a la Cobertura de Medicare de sus Recetas Médicas

9 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

25 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

37 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

55 Los Pasos para Escoger un Plan Medicare de Medicamentos Recetados

59 Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Recetas Médicas

67 Para Más Información

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

Sección

1 Introducción a la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

La cobertura de recetas médicas de Medicare es un seguro.

La cobertura Medicare de los medicamentos recetados (Parte D) es una cobertura que se agrega o está incluida en su cobertura médica de Medicare. La cobertura de recetas médicas le ayuda a pagar los medicamentos de marca tanto como los medicamentos genéricos que usted necesita. Los planes Medicare de medicamentos recetados son ofrecidos por las compañías de seguro y por otras compañías privadas aprobadas por Medicare.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Hay dos tipos de planes Medicare de recetas médicas.

- Los Planes Medicare de Recetas Médicas (conocidos como PDP) que añaden la cobertura al Medicare Original, a algunos de los Planes de Costo de Medicare, a los Planes Privados de Pago por Servicio de Medicare (PFFS) y a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (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 la cobertura de Medicare Parte A (seguro del hospital), Medicare Parte B (seguro médico) y Parte D a través de estos planes. Los Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados a veces son conocidos como "MA-PD".

El término "planes Medicare de recetas médicas" se usará a lo largo de toda la publicación para referirse a los planes de Medicare de medicamentos recetados y a los planes de salud de Medicare que ofrecen cobertura de recetas médicas. Debe elegir e inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados para recibir dicha cobertura.

1 Introducción a la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

Todos las personas con Medicare tienen una decisión por tomar sobre la cobertura de recetas médicas. Si actualmente no necesita medicamentos recetados, igual debería pensar en inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare. Esta cobertura puede ayudarle a bajar los costos de sus medicamentos recetados y protegerlo contra de los altos costos que podrían surgir en el futuro. Si es nuevo al sistema de Medicare y ya tiene una cobertura de medicamentos recetados, tiene nuevas opciones para considerar. Si ya conoce el sistema de Medicare, tiene la oportunidad de revisar sus opciones de cobertura de recetas médicas e inscribirse o cambiar de plan de medicamentos entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Para inscribirse en un plan de Medicare de recetas médicas, debe tener derecho a la Parte A (Seguro de Hospital) y/o tener Medicare Parte B (Seguro Médico). Para inscribirse en un Plan de Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare con cobertura de recetas médicas, tiene que tener las Partes A **y** B. Además, tiene que vivir en la zona de servicio del plan en el que desea inscribirse.

Los planes de medicamentos de Medicare varían en las recetas médicas que cubren, la cantidad que hay que pagar y las farmacias que se pueden usar. 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 costos compartidos. Al tener una variedad de planes, podrá escoger el plan que responda mejor a sus necesidades. Elegir un plan que sea adecuado para su situación le permitirá obtener la cobertura que quiere, al mejor precio posible.

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 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 recetados), tendrá que pagar una penalidad por inscripción tardía por todo el tiempo que esté inscrito en el plan.

1 Introducción a la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

¿Cómo se distingue la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados de la cobertura de la Parte B para ciertos medicamentos?

La Parte B ofrece cobertura limitada de las recetas médicas. Cubre algunas medicinas, como ciertos medicamentos inyectables, para el cáncer y las medicinas inmunosupresoras. Usted paga el coseguro, y el deducible de la Parte B. La Parte B también cubre las vacunas contra la gripe y los neumococos. Generalmente, los planes Medicare de las recetas médicas cubren las vacunas (como la del herpes zoster) que no son cubiertas bajo la Parte B, cuando sean necesarias para prevenir la enfermedad.

Nota: Normalmente, las medicinas que son autoadministradas en un ambiente ambulatorio (como la sala de emergencia, unidad de observación, centro de cirugía o clínica para el dolor) no están cubiertas por la Parte A o Parte B. Bajo ciertas circunstancias, puede ser que su plan de Medicare de recetas médicas pague por estas medicinas. A lo mejor tendrá que pagar de su bolsillo por estas medicinas y comunicarse con su plan para que le devuelvan una parte del dinero. Llame a su plan para más información.

Para más información sobre lo que cubren los planes Medicare de las recetas médicas, vea la Sección 2.

La ayuda adicional está disponible para aquellos que más la necesiten.

Si tiene ingresos y recursos limitados, usted puede recibir ayuda adicional para pagar los costos de su plan Medicare de recetas médicas. Vea la Sección 3.

1 Introducción a la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Tómese su tiempo para escoger antes de tomar una decisión. Algunos ejemplos de otro tipo de cobertura incluyen, la cobertura de recetas médicas que recibe de su empleador o sindicato, TRICARE, del Departamento de Asuntos de Veteranos, del Servicio de Salud para Indígenas o una póliza Medigap. Compare su cobertura actual con la de los planes de 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.

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

Obtenga ayuda con sus opciones.

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

- Visite www.medicare.gov y consiga información personalizada. Seleccione "Compare los planes Medicare de medicamentos recetados" o "Compare los planes de salud y las pólizas Medigap en su zona". La Herramienta de búsqueda de planes de medicamentos recetados puede informarle cuáles son los planes disponibles en su zona y las farmacias que puede usar.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) para asesoría gratis sobre seguros. En la página 68 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.

Sección

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

Los planes Medicare de medicamentos recetados varían de acuerdo a los medicamentos que cubren, los gastos de su bolsillo y las farmacias que puede usar. Comparar los planes basándose en la cobertura, costo, conveniencia y calidad puede ayudarlo a decidir cuál plan responde mejor a sus necesidades.

▪ 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. Pregunte a su plan si cubre los medicamentos que usted necesita.

▪ El costo

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

▪ Conveniencia

Los planes para recetas médicas tienen un contrato con las farmacias de su área. Llame al plan para asegurarse de que las farmacias del plan que escoge estén localizadas convenientemente. 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

A través de www.medicare.gov podrá ver cuáles son los planes que funcionan bien en distintas categorías como por ejemplo, el servicio al cliente. Seleccione “Compare los planes Medicare de medicamentos recetados” o “Compare los planes de salud y las pólizas Medigap en su zona” para comparar la calidad de los planes de Medicare de medicamentos recetados en su zona. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

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

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

Las compañías que ofrecen estos planes pueden enviarle información y llamarlo, sin embargo, deben cumplir con la ley de "No llamadas" de mercadeo y no están autorizadas a vender los planes de puerta a puerta a menos que los invite a hacerlo. Recuerde de mantener segura su información personal. Ver las páginas 60–61.

¿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.

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

- **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 está inscrito en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o un Plan 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.
- **Deducible anual**—Es la cantidad que paga por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. Algunos planes de recetas médicas no cobran el deducible.
- **Copagos o coseguro**—Las cantidades que paga por sus medicamentos después de haber pagado el deducible. Usted paga una parte y el plan paga la otra.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

- **Interrupción en la cobertura**—La mayoría de los planes de recetas médicas tienen una interrupción en la cobertura. Esto significa que después que haya gastado cierta cantidad de dinero en medicamentos cubiertos, tendrá que pagar el costo total de los medicamentos mientras se encuentre en la interrupción de cobertura (hasta un límite). 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.

  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.

- **Cobertura catastrófica**—Una vez que haya alcanzado el límite de gastos de su bolsillo automáticamente tendrá la "cobertura catastrófica". Lo que significa que sólo pagará un pequeño coseguro o un copago por el resto del año.

Nota: Si recibe 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.

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

El ejemplo a continuación muestra los costos para el 2009 para los medicamentos cubiertos de un plan que tiene una interrupción en la cobertura.

El Sr. Toledo se inscribe en el plan de medicamentos recetados ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2009. El Sr. Toledo paga la prima mensual aun durante la interrupción en la cobertura. No recibe ayuda adicional y usa su tarjeta de plan Medicare de medicamentos recetados cuando compra sus medicinas.

Prima mensual— El Sr. Toledo paga la prima mensual durante todo el año.			
1. Deducible anual	**2. Copago/ Coseguro**	**3. Interrupción en la cobertura**	**4. Cobertura catastrófica**
El Sr. Toledo paga los primeros $295 del costo de sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar.	El Sr. Toledo paga un copago o coseguro y el plan paga una parte del costo de cada medicamento hasta que lo que hayan pagado (más el deducible) alcance $2,700.	Una vez que el Sr. Toledo y el plan hayan gastado $2,700 en medicinas cubiertas, estará en la interrupción de la cobertura. El Sr. Toledo **pagará todo hasta que haya gastado de su bolsillo la suma de $4,350.**	Una vez que el Sr. Toledo haya gastado $4,350 de su bolsillo en el año, su interrupción de cobertura termina. Tan solo tendrá que pagar un coseguro pequeño o un copago pequeño (como $6) por cada medicamento hasta el final del año.

Visite www.medicare.gov y seleccione “Compare los planes de Medicare de Recetas Médicas” o “Compare los Planes de salud y las pólizas de Medigap en su zona” para ver los costos anuales estimados para cada plan y sus costos mensuales por receta médica.

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

¿Cómo pagaré 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 cobran un mes por avanzado.)
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, sus primeros 2 meses de primas se deducirán 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 febrero por una cantidad de $50. Este pago incluye su prima para enero y febrero. Después de febrero, solamente se deducirá el monto cada mes ($25) de su Seguro Social.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Si decide que la prima se deduzca de su pago del Seguro Social y tiene otro beneficio que paga parte de su plan de medicamentos recetados (como ser un plan de salud de un empleador o de un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)), su 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. **Atención:** El reembolso puede demorarse.

Ejemplo: La prima mensual del plan de medicamentos recetados del Sr. Fernández es $20. Su SPAP o el seguro de su empleador le paga $10 para la prima.

- Si el Sr. Fernández deduce su prima de su cheque del Seguro Social, la cantidad completa de $20 será deducida. El plan de medicamentos recetados tendrá que reembolsarle $10 por la parte de la prima pagada por su SPAP o empleador.
- Si el plan de medicamentos recetados del Sr. Fernández le cobra directamente, el le pagará su parte ($10) al plan. Su SPAP o su empleador pagará su parte ($10) directamente al plan.

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

Para más información acerca de la prima de su plan Medicare de medicamentos recetados o las maneras de pagarlo, comuníquese con su plan.

Si cumple con los requisitos para recibir la ayuda adicional, parte o toda la prima podría estar cubierta. Si desea más información, consulte las páginas 25–36.

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

Usted puede inscribirse, cambiar o retirarse:

- Cuando es elegible para Medicare por primera vez 3 meses antes hasta 3 meses después de cumplir 65 años.
- Si tiene Medicare por una incapacidad, puede inscribirse 3 meses antes a 3 meses después del mes número 25 de sus beneficios por incapacidad.
- Cada año entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre. Si se inscribe durante este período, su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente, siempre y cuando el plan haya recibido su solicitud para el 31 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 de Ahorros de Medicare, reciben beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés) y las personas que solicitan y son aprobadas.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Nota: En situaciones limitadas, 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 acreditable de medicamentos recetados, o si ingresa, vive o se está retirándose 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 sigue siendo ofrecido 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 Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

¿Cómo cambio de plan?

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

¿Cómo me inscribo en un plan?

Comuníquese con la compañía que le ofrece el plan para averiguar cómo inscribirse. Según la compañía podrá inscribirse telefónicamente, enviando por correo o por fax una solicitud completada o a través del Internet.

Visite www.medicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para una lista completa de los planes de Medicare disponibles en su zona. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

En la mayoría de los casos, pagará una penalidad. La penalidad es una cantidad que se le suma a su prima del plan de Medicare de medicamentos recetados (mientras esté cubierto bajo la cobertura de Medicare de recetas médicas) si todo lo siguiente se cumple:

- Si no se inscribe cuando es elegible para Medicare por primera vez.
- No tiene "cobertura válida" de medicamentos.
- Decide inscribirse más tarde a un plan de Medicare de medicamentos recetados.
- No califica para recibir la ayuda adicional.

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

¿Cómo evito pagar la penalidad?

- **Inscríbase en un plan de Medicare de recetas médicas cuando sea elegible por primera vez.** No tendrá que pagar una penalidad, aún si nunca ha tenido una cobertura de medicamentos recetados anteriormente.
- **No pase más de 63 días sin un plan de Medicare de medicamentos recetados u otra cobertura válida.** Cobertura válida puede incluir cobertura de medicamentos recetados de un empleador anterior o sindicato, TRICARE o el VA. Debe recibir una carta cada año diciéndole si la cobertura de medicamentos recetados que tiene es cobertura válida. 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.** Podrá recibir una carta de su plan preguntándole si tiene cobertura válida. Si no le avisa a su plan de su cobertura válida, tendrán que pagar una penalidad.

¿Cuál es el monto de la penalidad?

El monto de la penalidad depende de cuánto tiempo espera para inscribirse en un plan de Medicare de recetas médicas. Cuando se inscribe en un plan de medicamentos ese mismo plan le dirá si debe pagar una penalidad y cuál será su prima. Para calcular el monto de la penalidad, cuente los meses en los que no tuvo cobertura válida después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados. Si multiplica ese número por 30 centavos (en el 2009), puede calcular la cantidad que será agregada mensualmente a su prima para ese año. Esta cantidad puede aumentar cada año.

¿Qué información necesito para inscribirme en un plan Medicare de medicamentos recetados?

Necesitará la siguiente información para completar su inscripción en un plan Medicare de medicamentos recetados:

- Nombre y fecha de nacimiento
- Dirección permanente
- La información escrita en su tarjeta de Medicare (número de Medicare)
- Cómo quiere pagar las primas de su plan
- Otra información del seguro y cualquier notificación de cobertura válida

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

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 libreta de miembro, lista de medicamentos recetados, directorio de proveedores farmacéuticos y procedimientos para quejas y apelaciones.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Cuando se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados que funciona en conjunto con el Medicare Original, el plan le enviará una tarjeta aparte para usar cuando compre sus medicamentos. Su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare no cambiará. Seguirá utilizando 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, tal vez recibirá una tarjeta nueva dependiendo del plan.

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

Más o menos una semana después de inscribirse en el plan, recibirá una carta avisándole que recibieron su información. Entre 3 y 5 semanas después, 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 numero de confirmación de inscripción del plan y el nombre y número de teléfono del plan

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

También tendría que llevar su tarjeta de Medicare y/o Medicaid y una identificación con foto. Si es elegible para la ayuda adicional, vea la página 33 para más información sobre las pruebas que puede utilizar para conseguir la ayuda adicional. Si no tiene ninguna de las cosas nombradas anteriormente y su farmacéutico no puede conseguir la información de su plan de medicamentos recetados, tendrá que pagar por las recetas de su bolsillo. **Si esto sucede, guarde todos los recibos y comuníquese con su plan–quizás podrá ser reembolsado por una parte del costo o que se le acredite esa cantidad al gasto directo de su bolsillo.**

Inscríbase 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.

¿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, puede llamar al plan, a su farmacia, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visitar www.medicare.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Una vez que se haya inscrito en un plan, 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.

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón) y está en el Medicare Original, puede inscribirse en un Plan Medicare para Recetas Médicas pero, generalmente no podrá hacerlo en un Plan Medicare Advantage. Sin embargo, hay excepciones:

- Si ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage, 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 más planes de Medicare Advantage, podrá inscribirse a un Plan Medicare Advantage ofrecido por esa compañía.
- Si le han hecho un trasplante de riñón exitoso, tal vez pueda inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Si padece de ESRD y está en un Plan Medicare Advantage y el mismo se retira del programa Medicare o ya no provee 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 ESRD, si hubiese uno disponible en su zona.

Visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10128_S.pdf para ver el panfleto sobre la "Cobertura de Medicare de Diálisis Renal y Servicios de Trasplante Renal" o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre ESRD y los Planes Medicare Advantage. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

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

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

Lista de medicamentos (Formulario)

Cada plan de medicamentos recetados de Medicare tiene una lista de los medicamentos que cubre. Los planes deben cubrir medicamentos genéricos y de marca. Ciertos medicamentos no están incluidos en la cobertura estándar de recetas médicas de Medicare. Dichos medicamentos son barbitúricos, benzodiacepinas, medicamentos para subir o bajar de peso, 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.

La lista de medicamentos debe incluir una variedad en cada categoría recetada, para que los beneficiarios que padecen de distintos problemas de salud puedan recibir el tratamiento que necesitan. Generalmente, todos los planes de Medicare de medicamentos recetados tienen que cubrir por lo menos dos medicamentos en 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.

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

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

Medicamentos genéricos

Según la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA por su sigla 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, cómo funciona en su sistema, la calidad y el resultado para el que se usa y es seguro y eficaz. Tiene los mismos riesgos y beneficios que los medicamentos de marca. Los fabricantes de medicamentos genéricos deben demostrarle a la FDA que su producto funciona de la misma manera que el medicamento de marca correspondiente. Hoy en día, casi la mitad de todas las recetas son llenadas con medicamentos genéricos. En algunos casos, no existe un medicamento genérico disponible para la receta suya. Hable con un médico.

Niveles

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

Ejemplo:

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

El formulario puede que no incluya el medicamento que 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 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 62.

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.

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

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 una razón médica por el cual debe usar ese medicamento en particular. Los planes usan esta autorización previa para asegurarse de que los medicamentos sean usados correctamente y sólo cuando sean necesarios por razones médicas. Comuníquese con su plan sobre los requisitos que tiene y hable con su médico.

Terapia en etapas/pasos

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

Sin embargo, si 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 de terapia en etapas/pasos:

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

Paso 2–Si el Sr. Pérez toma lisinopril pero tiene efectos secundarios o un mejoramiento mínimo, su médico le relata esta información al plan para que le aprueben la receta del medicamento de marca. Si es aprobado, el plan de Medicare de medicamentos recetados le cubrirá el medicamento de marca al Sr. Pérez.

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, necesitará la ayuda de su médico para presentar más información por otra receta.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

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

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

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

Sin embargo, si 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 su suministro de 30 días. También puede pedir una excepción si su médico cree que deben renunciar a una regla 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, consulte las páginas 63–65.

2 Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare

¿Qué ocurre si escojo un plan y luego mi médico cambia mi receta?

Si su médico debe cambiar su receta o debe recetar un medicamento nuevo, entréguele una copia de la lista de medicamentos de su plan. 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 no tiene otro seguro que cubra las recetas médicas de los pacientes ambulatorios, usted (o su médico) puede solicitar una excepción.

Si aun así el plan no cubre el medicamento que necesita, puede apelar la decisión. Si desea obtener el medicamento antes de que se tome una decisión sobre su apelación, tal vez tenga que pagar el precio del medicamento de su bolsillo. Si gana la apelación, el plan le reembolsará el precio del medicamento. Para más información sobre qué debe hacer si su plan no cubre un medicamento que necesita, consulte las páginas 61–62.

La lista de medicamentos y sus precios pueden cambiar. Sin embargo, 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.

Sección

3 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

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

Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible, y los copagos del plan. El monto de la ayuda adicional dependerá de sus ingresos y recursos. Para obtener esta ayuda adicional tendrá que inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Las tablas en las páginas 27 y 29 muestran lo que pagaría con la ayuda adicional de Medicare según sus ingresos y recursos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

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

3 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

Distintas maneras para 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.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

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.

Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados, Medicare lo inscribirá para que obtenga ayuda para pagar por la cobertura de sus recetas médicas, al menos que tenga cierta cobertura de jubilado de un empleador anterior o sindicato. Si Medicare lo inscribe, recibirá una carta amarilla o verde informándole la fecha en que comienza su cobertura. Averigüe si el plan cubre los medicamentos que 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, 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 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan nombrado en la carta y dígale que no quiere estar en el plan de Medicare de medicamentos recetados y quiere optar por no inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

3 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

Los costos de los planes de recetas médicas si **califica automáticamente** para la ayuda adicional

Si tiene Medicare y	**Su prima mensual***	**Su deducible anual**	**Su costo por receta en la farmacia (hasta $4,350**)**	**Su costo por receta en la farmacia (después de $4,350**)**
la cobertura completa de Medicaid y por cada mes que estuvo en una institución como un asilo de ancianos	$0	$0	$0	$0
la cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual de o por debajo de $10,830—soltero o $14,570—casado	$0	$0	No más de $1.10 por **medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos:** no más de $3.20 **por los de marca**	$0
la cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual por encima de $10,830— soltero o $14,570—casado	$0	$0	No más de $2.40 por **medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos**, no más de $6 **por los de marca**	$0
obtiene ayuda de Medicaid para pagar por sus primas de la Parte B de Medicare	$0	$0	No más de $2.40 por **medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos**, no más de $6 **por los de marca**	$0
recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	$0	$0	No más de $2.40 por **medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos**, no más de $6 **por los de marca**	$0

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

** El costo por receta disminuye una vez que lo que haya pagado más la ayuda adicional de Medicare alcance los $4,350 por año.

Los niveles de ingreso y costos compartidos son para el año 2009 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.

3 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

2. Usted puede solicitar la ayuda adicional y obtenerla

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

Si solicita y le otorgan la ayuda adicional, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos recetados si 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 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 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan nombrado en la carta y dígale que no quiere estar en el plan de Medicare de medicamentos recetados y quiere optar por no inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

3 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

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 $3,850**)**	**Su costo por receta en la farmacia (después de $3,850**)**
su ingreso mensual es menos de $14,620.50 (soltero) $19,669.50 (casado) Con recursos que no excedan $8,100 (soltero) $12,910 (casado)	$0	$0	No más de $2.40 por **medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos**, no más de $6 por **los de marca**	$0
su ingreso mensual es menos de $14,620.50 (soltero) $19,669.50 (casado) Con recursos que no excedan $8,100 y $12,510 (soltero) $12,910 y $25,010 (casado)	$0	$60	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	No más de $2.40 por **medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos**, no más de $6 por **los de marca**
su ingreso mensual es menos de $14,620.50 and $15,162 (soltero) $19,669.50 and $20,398 (casado) Con recursos que no excedan $12,510 (soltero) $25,010 (casado)	25%	$60	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	No más de $2.40 por **medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos**, no más de $6 por **los de marca**
su ingreso mensual es menos de $15,162 y $15,703.50 (soltero) $20,398 y $21,126.50 (casado) Con recursos que no excedan $12,510 (soltero) $25,010 (casado)	50%	$60	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	No más de $2.40 por **medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos**, no más de $6 por **los de marca**
su ingreso mensual es menos de $15,703.50 y $16,245 (soltero) $21,126.50 y $21,855 (casado) Con recursos que no excedan $12,510 (soltero) $25,010 (casado)	75%	$60	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	No más de $2.40 por **medicamento genérico y ciertos medicamentos preferidos**, no más de $6 por **los de marca**

Lea las notas debajo de la tabla de la página 27 para más información.

3 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

Solicite la ayuda adicional

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

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

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

Nota: Si están casados y viven juntos y ambos solicitan la ayuda adicional a través del Seguro Social, pueden usar la misma solicitud (SSA-1020).

¿Cuáles son los ingresos que se tienen en cuenta?

Se consideran como "ingresos" todo dinero en efectivo, bienes o servicios que pueden ser usados para cubrir sus necesidades de vivienda y alimentos. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a:

Ingresos tomados en cuenta

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

Ingresos no tomados en cuenta

- Devoluciones impositivas
- Ayuda subvencionada por el estado o gobierno local
- Pagos para familia adoptiva
- El valor de las expensas por los que una persona incapacitada o ciega debe trabajar

3 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

¿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 dan la ayuda adicional. Sus recursos incluyen el dinero en efectivo y otros recursos que pudiera convertir en dinero en efectivo en 20 días laborables. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a:

Ingresos tomados en cuenta

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

Ingresos no tomados en cuenta

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

¿Por cuánto tiempo recibiré la ayuda adicional?

Si es elegible automáticamente para la ayuda adicional

Para ser elegible automáticamente para la ayuda adicional del 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 para que sus copagos cambien para el año que viene, 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 que en este año.

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.**

3 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

Si solicita y le otorgan la ayuda adicional

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

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

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

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

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

3 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

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 impresa en papel violeta, verde o amarilla de Medicare que puede usar como prueba de que es elegible. Si solicitó ayuda adicional, puede mostrar su carta del Seguro Social de "Aviso de Otorgamiento" como prueba. Puede usar esta misma carta como prueba si tiene un SSI.

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 2008.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Otras pruebas de que tiene Medicaid	Prueba de que tiene Medicaid y vive en una institución
▪ Una copia de su tarjeta de Medicaid ▪ Una copia de un documento estatal que muestre que tiene Medicaid ▪ Un formulario impreso de una inscripción estatal electrónica del sistema de Medicaid de su estado que muestra que tiene Medicaid ▪ Cualquier otro documento de su estado que muestre que tiene Medicaid	▪ Una cuenta de la institución (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 ▪ 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

3 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Su plan debe aceptar cualquiera de estos documentos como prueba de que es elegible para la ayuda adicional. En cuanto les provea cualquiera de estos documentos, su plan tiene que asegurarse de que esté pagando la cantidad correcta.

Si es elegible para la ayuda adicional porque tiene Medicaid, pero no tiene ni puede encontrar ninguno de estos documentos y solicita ayuda, su plan tiene que comunicarse con Medicare para que pueda juntar pruebas de que es elegible, si la información está disponible. Según las circunstancias, calcule que tomará entre varios días hasta dos semanas para procesar su solicitud. Asegúrese de avisarle a Medicare para cuántos días le quedan medicamentos. Su plan y Medicare trabajarán para procesar su solicitud los más antes posible para que no se quede sin medicamentos.

Si pagó por los medicamentos y le otorgaron la ayuda adicional, tal vez le reembolsen parte de los gastos. Guarde todos los recibos y llame a su plan para más información.

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 presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué ocurre si me niegan la ayuda adicional?

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

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

Si desea apelar la decisión, recuerde:

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

3 Cómo Obtener Ayuda Adicional para Pagar por su Cobertura Medicare de Medicamentos Recetados

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

Igualmente puede escoger un plan de medicamentos recetados de Medicare que satisfaga sus necesidades e inscribirse. 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 sobre Seguros de Salud (SHIP por sus siglas en inglés) para más información. Visite la página 68 para localizar el SHIP en su estado. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov para conseguir estos números de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Puede encontrar información sobre su actual situación de cobertura de salud médica en la lista de la página 39. Lea lo que debe saber sobre las elecciones que tiene con la cobertura de Medicare de recetas médicas. Más de una situación puede referirse a usted.

Ayuda con las decisiones sobre la cobertura de recetas médicas

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Si necesita ayuda para decidir, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés). En la página 68 encontrará el número de teléfono. También puede averiguar en www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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

Si tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda recibir la ayuda adicional para pagar por su cobertura de recetas médicas (vea las páginas 25–36.

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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

Antes de tomar una decisión debe averiguar:

- Si ya tiene cobertura de recetas médicas. ¿Es una cobertura válida (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 penalidad? ¿Comenzará su cobertura cuando usted lo desea?
- ¿Hay algún plan en su área que cubra los medicamentos que usted necesita?
- ¿Puede obtener ayuda adicional para pagar por sus recetas si se inscribe en un plan de medicamentos recetados?
- ¿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?

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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

Su cobertura de salud actual — Página(s)

Medicare Original

Sólo tengo la Parte A y/o B y no tengo la cobertura de medicamentos recetados 40

Tengo una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que no cubre las recetas médica 40

Tengo una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que cubre las recetas médicas 41–42

Cobertura de empleador o sindicato incluida la cobertura para militares

Tengo cobertura de recetas médicas a través de mí empleador actual o pasado o sindicato 42–43

Tengo un plan de Beneficios Médicos para Empleados Federales 44

Tengo TRICARE o beneficios de VA con cobertura de las recetas médicas . . . 45

Planes de salud (médicos) de Medicare

Tengo un plan de salud de Medicare sin cobertura de recetas médicas . . . 46–47

Tengo un plan de salud de Medicare con cobertura de recetas médicas 47

Medicaid y otros programas federales o estatales

Tengo Medicaid 48

Recibo el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) o ayuda de Medicaid para pagar por las primas de la Parte B de Medicare (Programa de Ahorros de Medicare) 49

Vivo en un asilo para ancianos u otra institución 50

Recibo beneficios del Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE) 51

Recibo ayuda del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) 52

Recibo ayuda del Programa de Ayuda de Medicamentos para el SIDA (ADAP) 53

Recibo atención médica del Servicio Médico para Indígenas, Tribu u Organización Médica Tribal o del Programa de Salud Urbano para Indígenas 54

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

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 Recetas Médicas. Usted puede escoger e inscribirse en un plan que responda a sus necesidades. Consulte el manual "Medicare y Usted", visite www.medicare.gov o llame 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.

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

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

- Usted puede quedarse con su póliza Medigap e inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare disponible en su zona.
- Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage disponible en su zona que incluya la cobertura de recetas médicas y recibir todos los servicios y la cobertura de medicamentos recetados a través del plan. Si lo hace, **su póliza Medigap no pagará deducibles, copagos u otros costos compartidos del Plan Medicare Advantage. Por lo tanto, tal vez le convenga cancelar su póliza Medigap si se inscribe en un Plan Medicare Advantage. Sin embargo, tal vez no pueda recuperar la misma póliza Medigap.** En algunos casos, quizá no pueda comprar ninguna póliza si deja el Plan Medicare Advantage. Usted legalmente puede quedarse con la póliza Medigap. Su derecho a comprar una póliza Medigap puede variar en cada estado.
- Si usted se está inscribiendo en un plan de Medicare Advantage por primera vez, podría recibir un periodo probatorio de 12 meses durante los cuales puede retirarse del Plan Medicare Advantage y volver a su póliza Medigap, o, si no está disponible, comprar otra póliza de Medigap.

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

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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

Antes del 2006, algunas pólizas de Medigap incluían cobertura de 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 bajo su póliza Medigap es cobertura válida. Lea el aviso detenidamente si desea más información. A continuación le mencionamos algunas de sus opciones de cobertura:

- Usted puede inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas y quedarse con su póliza Medigap actual sin la cobertura de medicamentos recetados.
- Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage que incluya la cobertura de recetas médicas. Si se inscribe, recibirá todos los servicios de salud y la cobertura de medicamentos recetados a través del plan y no necesitará una póliza Medigap. Sin embargo, usted podrá seguir usando su cobertura Medigap si se inscribe en un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA) 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 preguntarle a su departamento de seguro estatal para saber que otras opciones de cobertura de medicamentos recetados tiene.

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

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 penalidad por inscripción tardía cuando se inscriba en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, si la cobertura de medicamentos de su póliza Mediga no es cobertura válida de medicamentos recetados.** Usted pagará esta prima más alta mientras esté en un plan de Medicare de medicamentos recetados.

Para más información sobre las pólizas de Medigap, lea "Selección de una póliza Medigap: Una guía de seguro de salud para la gente con Medicare" en www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02110_S.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Medicare ayuda a empleadores y sindicatos para que sigan brindando a los jubilados cobertura de medicamentos recetados de calidad. Antes de tomar una decisión acerca de su inscripción en un plan Medicare de recetas médicas, tiene que averiguar cómo trabajará su cobertura de empleador o sindicato con la de un plan Medicare de medicamentos. Su cobertura de empleador o sindicato puede cambiar. 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 y tomar una decisión más fácilmente.

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

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

- ¿Es su cobertura de empleador o sindicato, cobertura válida de medicamentos (en promedio, al menos tan buena como la de Medicare)? Si no lo es, usted pagará una penalidad si se inscribe en un plan Medicare de recetas médicas después de haber sido elegible por primera vez.
- ¿Perderán usted, su cónyuge o sus dependiente 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?
- Si reúne los requisitos para la ayuda adicional para pagar por el costo de su plan Medicare de recetas médicas, ¿cómo se comparan los costos de su cobertura de empleador o sindicato con los del plan de Medicare de recetas médicas y la ayuda adicional?

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Si su empleador o sindicato (o el de su cónyuge) determina que su cobertura actual **ES** cobertura válida/acreditable de recetas médicas.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

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

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

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

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

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

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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

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

- Si está cubierto por un plan de FEHB, recibirá información sobre su cobertura de recetas médicas durante la época de apertura y también le informarán si la cobertura es 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 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 también dejar el plan de cobertura para el hospital y 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 una penalidad, siempre que lo haga dentro de los 63 días de terminada su cobertura de FEHB.

Si desea más información, comuníquese con la Oficina de Gerencia de Personal o visite www.opm.gov/insure/health.

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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

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

- Mientras reúna los requisitos, puede quedarse con su cobertura de medicamentos recetados de TRICARE, o de VA. Debe recibir información anual de TRICARE, o de VA sobre su cobertura y si es 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 ayuda adicional, no es eficaz inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados.
- Si reúne los requisitos para la ayuda adicional, le convendría comparar los costos de un plan Medicare de recetas médicas más la ayuda adicional con los costos de cobertura de medicamentos de TRICARE o VA.
- Si alguna vez pierde su cobertura de TRICARE o VA y necesita inscribirse en un plan de Medicare de recetas médicas, en la mayoría de los casos, no tendrá que pagar una penalidad siempre que lo haga dentro de los 63 días de terminada su cobertura de TRICARE o VA.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

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

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

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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

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

- Pregunte a su Plan Medicare Advantage si ofrece una opción de cobertura de recetas médicas de Medicare. Si lo hace, usted puede cambiarse a esa opción.
- Si su plan actual no ofrece dicha cobertura, usted puede cambiarse a otro Plan de Salud de Medicare de su zona que ofrezca cobertura de recetas médicas.
- Si su plan actual no ofrece la cobertura de medicamentos, puede cambiar al Plan Original de Medicare e inscribirse en un Plan Medicare para Recetas Médicas.
- Si está inscrito en un Plan de Costo de Medicare que no ofrece cobertura de recetas médicas, puede inscribirse en un plan separado de Medicare de recetas médicas para agregar la cobertura de medicamentos.
- Solamente algunos Planes Privados de Pago-por-Servicio ofrecen cobertura de recetas médicas. Si está inscrito en un Plan Privado de Pago-por-Servicio que no ofrece cobertura de recetas médicas, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado para agregar la cobertura de medicamentos.
- Ningún Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA por su sigla en inglés) Plans ofrece la cobertura de Medicare de medicamentos recetados. Si tiene un plan de Medicare 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 10–12.
    - Si no tiene un plan de Medicare de medicamentos recetados, el dinero de la cuenta de MSA puede ser utilizada para medicamentos recetados y no recetados porque son “expensas médicas elegibles” y no tiene impuestos. Sin embargo, esas expensas no serán tenidas en cuenta para el deducible del Plan MSA porque sólo las expensas de Medicare Parte A y B son tenidas en cuenta.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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

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

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

Si tiene cobertura de medicamentos de un Plan de Salud de Medicare (como un HMO o PPO), u otro plan de Medicare de salud, en la mayoría de los casos tendrá que recibir cobertura de Medicare de recetas médicas a través de su plan.

- En la mayoría de los casos, si está inscrito en un Plan Medicare Advantage y se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos recetados, será le dará de baja del Plan Medicare Advantage y será inscrito en el Medicare Original.
- Si está inscrito en un Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS) que no ofrece la cobertura de recetas médicas de Medicare, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado para agregar dicha cobertura.
- Si está inscrito en un Plan de Costo de Medicare, you can either get your Medicare prescription drug coverage fropuede recibir su cobertura de Medicare de medicamentos recetados a través del plan (si la ofrece) 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 comuníquese con el plan.

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo Medicare y Medicaid

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

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 26–27 para información sobre los costos. Si vive en una institución (como un asilo para ancianos) no pagará nada por sus medicamentos cubiertos.

Si aún no se ha inscrito en un plan de medicamentos, Medicare lo inscribirá para que tenga 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 está 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 cuando quiera sin tener que pagar la penalidad mientras que sea elegible para la ayuda adicional.

El aviso amarillo también le dice que si usted (o alguien representándolo) ha pagado por algún medicamento desde la fecha en que empezó su cobertura de Medicare de medicamentos recetados, podrá recuperar algunos de los costos. Comuníquese con su plan de medicamentos para más información.

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, puede cambiar de idea e inscribirse en un plan de medicamentos en cualquier momento pero si lo hace más adelante, tendrá que pagar una penalidad/multa.

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 y seleccione “Busque Contactos Útiles” o llame al 1-800-MEDICARE.

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

Tengo Medicare y los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés), o ayuda de Medicaid para pagar mis primas de Medicare 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 durante todo o parte del año), puede recibir automáticamente la ayuda adicional para pagar los costos de cobertura de sus recetas médicas. Medicare le enviará una carta violeta avisándole que es elegible automáticamente. Debido a que usted recibe beneficios de SSI o pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare, Medicare le brindará ayuda adicional para pagar por los costos de su cobertura de medicamentos. Usted la recibirá automáticamente cuando se inscriba en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Vea las páginas 26–27 para información sobre los costos. Debe escoger un plan que retenga los requisitos de sus necesidades de medicamentos recetados.

Si aún no se ha inscrito en un plan de medicamentos, Medicare lo inscribirá para que tenga cobertura de recetas médicas a menos que tenga cierta cobertura de jubilado de un empleador anterior o sindicato. Medicare le enviará un aviso verde informándole la fecha de inicio de la cobertura. Si decide cambiarse de plan puede hacerlo cuando quiera sin tener que pagar la penalidad mientras que sea elegible para la ayuda adicional.

El aviso verde también le dice que si usted (o alguien representándolo) ha pagado por algún medicamento desde la fecha en que empezó su cobertura de Medicare de medicamentos recetados, podrá recuperar algunos de los costos. Comuníquese con su plan de Medicare de medicamentos recetados para más información.

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, puede cambiar de idea e inscribirse en un plan de medicamentos en cualquier momento pero si lo hace más adelante, tendrá que pagar una penalidad/multa.

Tengo Medicare y vivo en un asilo para ancianos o institución

- Mientras esté viviendo en una institución, usted 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 de Medicare.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

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

A menos que se inscriba en un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados o en un plan de Medicare de medicamentos recetados individual, Medicare lo inscribirá automáticamente en un plan Medicare de recetas médicas a los beneficiarios que tengan tanto Medicare como la cobertura completa de Medicaid, que vivan en instituciones. Si vive en un asilo 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 identificado por Medicare.

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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

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

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

Advertencia: Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, le cancelarán la cobertura de PACE. Su plan del programa PACE no sólo cubre sus recetas médicas sino todos sus servicios de salud. Por lo tanto, si al inscribirse en un plan Medicare de medicamentos le cancelan la cobertura de recetas médicas de PACE, tampoco recibirá los servicios 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 seguirá pagando su prima mensual que será reducida porque ya no incluirá los medicamentos recetados. También pagará una prima separada por la cobertura de sus recetas médicas.

Si no tiene la cobertura de Medicaid, puede que igualmente reúna los requisitos para recibir la ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus medicamentos. Si cree que cumple los requisitos, llame al 1-800-772-1213, visite www.socialsecurity.gov o vaya a la oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) y llene una solicitud para la ayuda adicional. Si desea más información sobre la ayuda adicional, vea las páginas 25–26.

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

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

Si usted pertenece a un SPAP, no tiene que esperar hasta el período que va del 15 de noviembre al 31 de diciembre para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Tiene una oportunidad adicional cada año para inscribirse en un plan. Usted puede inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas por primera vez, que trabaje específicamente con su SPAP, **o** cambiar a otro plan diferente al plan en que su SPAP lo ha inscrito. Si pierde sus beneficios SPAP, tendrá la oportunidad de de inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, empezando con el mes que pierde los beneficios más dos meses adicionales.

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

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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

La mayoría de programas de ADAP sólo cubren medicamentos relacionados con el VIH/SIDA. Como ADAP no cubre otros medicamentos, no es una cobertura válida de recetas médicas. ADAP varía por estado, entonces debe llamar a su programa de ADAP para ver cómo funciona con la cobertura de Medicare de medicamentos recetados.

Nota: Si no tiene cobertura válida de recetas médicas, y demora en inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, tendrá que pagar una penalidad.

Todos 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.

4 Sus Opciones de Cobertura de Recetas Médicas

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 la inscripción en uno de estos planes es lo que le conviene. Si decide inscribirse, 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 una penalidad por inscripción tardía si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados. Pídele a su proveedor de salud para indígenas. una carta indicando que tiene cobertura válida de medicamentos.

Sección

5 Los Pasos para Escoger un Plan Medicare de Medicamentos Recetados

Los pasos mencionados a continuación pueden ayudarle a escoger un plan Medicare que cubra sus medicamentos recetados. Use las hojas de información y comparación en las páginas 56–57 como ayuda para escoger un plan. Usted puede inscribirse en un plan sin utilizar estas hojas, pero son herramientas útiles para organizar la información. Ya sea que se esté inscribiendo por primera vez, o revisando sus opciones del plan para el año que viene, siga estos tres pasos importantes:

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 40–54.

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

2do. Paso: Compare—Compare los planes Medicare de recetas médicas teniendo en cuenta su precio, cobertura, conveniencia y calidad.

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

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

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

5 Los Pasos para Escoger un Plan Medicare de Medicamentos Recetados

Lista de los medicamentos recetados que toma.

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

Fecha de hoy:_____

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 recetas médicas disponibles en su zona, consulte el manual "Medicare y Usted", visite www.medicare.gov y seleccione "Compare los planes de Medicare de medicamentos recetados" o "Compare los planes de salud y las pólizas Medigap en su zona", 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 Medicare de Medicamentos Recetados

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

Nombre del plan:

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

Nombre del plan:

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

Nombre del plan:

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

5 Los Pasos para Escoger un Plan Medicare de Medicamentos Recetados

Refiérase a los cuadros en las páginas 56–57. Compare los planes basándose en lo que es importante para usted de acuerdo a su situación y a los medicamentos que necesita. Tal vez le convenga preguntarse:

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Si necesita ayuda para tomar una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés). En la página 68 encontrará el número de teléfono. También puede fijarse en www.medicare.gov o llamar 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 inscríbase

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.

Sección

6 Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Medicamentos Recetados

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

Consejo: Mantenga su información personal en un lugar seguro. No le dé su información a cualquier persona que venga a su casa (o lo llame por teléfono) tratando de venderle productos de Medicare.

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

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

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

- Enviar la solicitud para ver si es elegible para recibir la ayuda adicional para pagar por su cobertura de recetas médicas.
- Inscribirse en un plan de Medicare de recetas médicas que atienda sus necesidades.

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

Un representante personal puede ser:

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

6 Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Medicamentos Recetados

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

Medicare drug plans generally have to accept all eligible applicants who live in their service area, no matter what your age or health status. If your enrollment form is denied, the company will send you a letter explaining why. You may contact the plan for more information about your options.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si no está seguro de que su plan esté aprobado por Medicare. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Saber de qué manera los Planes de Medicare Advantage o los de medicamentos recetados pueden comercializar sus planes lo puede proteger. Los planes y la gente que trabaja con Medicare **no** pueden:

- 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 darle comidas gratis mientras promociona un plan.
- En general, 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 una zona 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.

6 Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Medicamentos Recetados

Si usted está inscrito en un plan de Medicare de medicamentos recetados y cree que el plan está violando estas reglas, llame al contratista de integridad de medicamentos de Medicare al 1-877-SAFERX (1-877-723-3379).

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

Si piensa que alguien está usando su información personal, llame a 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, visite www.comsumer.gov/idtheft en Internet.

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

Si el farmacéutico le dice que su plan no cubre un medicamento que usted cree que debería estar cubierto o lo cubre pero a un costo más elevado, tiene derecho a pedir una "determinación de cobertura" de su plan (por escrito). Usted también puede:

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

Usted, su médico o su representante legal pueden llamar o escribirle al plan solicitando que cubra el medicamento que necesita. Se le escribe al plan, 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/13_Forms.asp.

6 Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Medicamentos Recetados

Si quiere nombrar a un representante para que le ayude con la determinación de cobertura o la apelación, usted y la persona que elige para que lo ayude tienen que rellenar el formulario "Nombramiento de un representante" (Formulario CMS-1696), y enviarlo con su determinación de cobertura o apelación. Puede conseguir una copia de este formulario en www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf. También puede nombrar a un representante enviando una carta firmada por usted y la persona a quien está designando como representante. Su carta debe incluir la misma información que se pide en el formulario de Nombramiento de un representante. El formulario o la carta deben ser enviadas junto con su determinación de cobertura o apelación.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Importante: Para cierto tipo de determinación de cobertura llamadas excepciones, necesitará una declaración de su médico explicando porqué necesita ese medicamento. Pregunte a su plan si tiene este requisito y si debe hacerse por escrito. Quizás necesitará esta declaración para cualquiera de las siguientes situaciones:

- Le está pidiendo al plan que pague por un medicamento que no está en la lista de medicamentos (formulario).
- Quiere que el plan cubra un medicamento no preferido al precio del medicamento preferido.
- Su médico cree que no puede cumplir una de las normas de cobertura de su plan, como una autorización previa, un límite de cantidad o límite de dosis.

Comuníquese con su plan para ver si necesita enviar la declaración y si tiene que presentarla por escrito. Si la necesitada, el periodo de decisión del plan comienza una vez que reciba la declaración.

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

6 Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Medicamentos Recetados

Como Apelar

Si el plan no acepta su pedido, usted puede apelar esa decisión. Hay **cinco niveles** de apelación disponibles para usted. Tiene que seguir el orden 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. Usted debe apelar dentro de los 60 días de la fecha de decisión. Usted, su representante o su médico puede hacer el pedido. Un pedido estándar debe realizarse por escrito a menos que el plan lo acepte por teléfono. Usted, su representante o su médico puede llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión acelerada. Su pedido se acelerará si el plan determina, o su médico le indica al plan, que su vida o salud pueden correr serios peligros si tiene que esperar a que se procese el pedido estándar.

La apelación por escrito debe incluir lo siguiente:

- Su nombre, dirección y el numero de Medicare que está 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) para comunicarle la decisión.

2. Revisión de una entidad independiente

Si el plan se pronuncia nuevamente en su contra, usted o su representante puede pedir una revisión por una entidad independiente (IRE por su sigla en inglés). La decisión de redeterminación será enviada por correo y explicará como 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.hhs.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp. Usted debe hacer el pedido dentro de los 60 días siguientes a la decisión. El pedido debe hacerse por escrito. Su pedido debe ser enviado al IRE a la dirección o número de fax que está en la decisión de determinación del plan.

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.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 69–72.

Importante: SI le está pidiendo una excepción al IRE y el plan no procesó su pedido como una excepción anteriormente, 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 el IRE haya recibido su pedido de apelación, tiene siete días (para un pedido estándar de cobertura o de reembolso) o 72 horas (para un pedido de cobertura acelerado) para comunicarle la decisión.

3. Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo

Si no está de acuerdo con la decisión del IRE (notificación de reconsideración), usted o su represente 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 nombrada en la notificación del IRE que le envían. 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). Le notificación de reconsideración incluirá esta suma.

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 del 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 a MAC dentro de los 60 días de la decisión del ALJ. El pedido debe ser enviado a la dirección nombrada en la notificación del ALJ que le envían.

5. Revisión de una corte federal

Si no está de acuerdo con la decisión del MAC, usted o su representante puede solicitar por escrito una revisión de una corte federal. Usted o su representante debe solicitarla por escrito dentro de los 60 días de la decisión del MAC. El pedido debe ser enviado a la dirección nombrada en la notificación del MAC que le envían. 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 usted se inscriba en un plan Medicare de recetas médicas, el plan le enviará información sobre los procedimientos de apelación. Lea la información atentamente y si tiene preguntas, llame al plan.

6 Sus Derechos y Apelaciones en los Planes Medicare de Medicamentos Recetados

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

Usted tiene derecho a presentar una queja al plan.

A continuación le presentamos algunos casos por los que podría presentar una queja:

- Usted piensa que el horario de atención al cliente debería ser distinto.
- Debe esperar mucho tiempo para obtener su medicamento.
- La farmacia le está cobrando más de lo que 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 acelerada o apelación.
- 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. Si la queja está relacionada con el rechazo del plan para expedir una determinación de cobertura o un redeterminación, y no ha comprado ni recibido el medicamento, debe ser notificado de la decisión del plan a las 24 horas de recibida 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.

Sección

7 Para Más Información

Para más información sobre los planes Medicare de medicamentos recetados:

- Visite www.medicare.gov y reciba información personalizada. Seleccione "Compare los planes de Medicare de medicamentos recetados" o "Compare los planes de salud y las pólizas Medigap en su zona". 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. 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. Por favor tenga su número de Medicare disponible.

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"
Obtener el teléfono de la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)	"Medicaid"
Pedir publicaciones de Medicare	"Publicaciones"
Para hablar con un representante de servicio al cliente	"Agente"

Nota: Si quiere que Medicare le dé su información de salud personal a otra persona, necesita comunicárselo a Medicare por escrito. Puede rellenar el formulario "Autorización a Medicare para divulgar información médica personal". Puede hacerlo visitando www.medicare.gov, o llamando al 1-800-MEDICARE para una copia del formulario.

- 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 a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 o visite 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 sobre Seguros de Salud (SHIP). El número del SHIP de su estado está indicado en la siguiente página.

Consejo: Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para consejería gratuita sobre sus opciones de cobertura de recetas médicas. Vea la página 68.

7 Para Más Información

Estado	SHIP Teléfono
Alabama	1-800-243-5463
Alaska	1-800-478-6065
Arizona	1-800-432-4040
Arkansas	1-800-224-6330
California	1-800-434-0222
Colorado	1-888-696-7213
Connecticut	1-800-994-9422
Delaware	1-800-336-9500
Florida	1-800-963-5337
Georgia	1-800-669-8387
Guam	1-671-735-7388
Hawaii	1-888-875-9229
Idaho	1-800-247-4422
Illinois	1-800-548-9034
Indiana	1-800-452-4800
Iowa	1-800-351-4664
Kansas	1-800-860-5260
Kentucky	1-877-293-7447
Louisiana	1-800-259-5301
Maine	1-877-353-3771
Maryland	1-800-243-3425
Massachusetts	1-800-243-4636
Michigan	1-800-803-7174
Minnesota	1-800-333-2433
Mississippi	1-800-948-3090
Missouri	1-800-390-3330
Montana	1-800-551-3191
Nebraska	1-800-234-7119

Estado	SHIP Teléfono
Nevada	1-800-307-4444
New Hampshire	1-866-634-9412
New Jersey	1-800-792-8820
New Mexico	1-866-842-9230
New York	1-800-701-0501
North Carolina	1-800-443-9354
North Dakota	1-800-247-0560
Ohio	1-800-686-1578
Oklahoma	1-800-763-2828
Oregon	1-800-722-4134
Pennsylvania	1-800-783-7067
Puerto Rico	1-877-725-4300
Rhode Island	1-401-462-4444
South Carolina	1-800-868-9095
South Dakota	1-800-536-8197
Tennessee	1-877-801-0044
Texas	1-800-252-9240
Utah	1-877-424-4640
Vermont	1-800-642-5119
Virgin Islands	1-340-772-7368
St. Thomas	1-340-714-4354
Virginia	1-804-662-9333
Washington	1-800-562-6900
Washington, D.C.	1-202-739-0668
West Virginia	1-877-987-4463
Wisconsin	1-800-242-1060
Wyoming	1-800-856-4398

Los números de teléfono y los sitios Web que aparecen en esta publicación eran correctos al momento de su impresión. A veces dicha información cambia. Para obtener los números de teléfono actualizados visite www.medicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

7 Para Más Información

Las palabras que debe conocer

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 acreditable/válida de recetas médicas—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.

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 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 Para 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.

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

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

Penalidad/Multa—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.

Plan de Costo de Medicare—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.

Para Más Información

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 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 Recetas Médicas (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.

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

7 Para Más Información

Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)—Un tipo de Plan Medicare Advantage (Parte C) disponible en ciertas zonas del país. En la mayoría de los HMO, usted sólo puede atenderse con médicos, especialistas o ir a hospitales de la red del plan excepto en casos de emergencia. En la mayoría de los HMO usted necesita ser derivado por su médico de cabecera (referral), para consultar a un especialista.

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

Administración del Seguro Social 13, 28, 30–33, 35, 51, 55, 59, 67
Apelaciones 17, 23–24, 35, 62–66
Asilo de ancianos (instituciones) 14, 17, 27, 33, 48, 50, 54, 70
Autorización previa 22, 62
Ayuda adicional 27–36
Beneficios médicos para empleados federales. 44
Beneficios para Veteranos 8, 16, 45
Calidad 9, 21, 38, 42, 58
Cobertura válida de recetas médicas . . . 6, 8, 14–16, 38, 41–49, 53–55, 69
Cobertura catastrófica 11–12
Cobertura de empleador o sindicato 8, 13, 16, 19, 26, 28, 37, 42–43, 48–49
Copago 10–12, 25, 31, 40, 53, 58, 69
Coseguro 7, 10–12, 53, 58, 69
Costos 5, 9–14, 16, 21, 25–38, 56–58, 67
Deducible 10, 12, 25, 27, 29, 36, 40, 46, 53, 57–58, 69
Determinación de cobertura 61–63, 66, 69
Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) 19
Excepció. 21–24, 62, 64, 70
Falta de cobertura 11–12
Farmacia 10, 17–18, 27, 29, 38, 50, 54, 57–58, 60, 66
Fraude 60–61
Ingresos y recursos. 9, 27–36
Lista de medicamentos (Formulario) 17, 20–24, 62, 70
Medicaid 14, 18, 20, 25–28, 31, 33–36, 48–51, 54, 67, 70
Penalidad 6, 15–16, 38, 41–45, 47–49, 53–54, 58, 72
Plan de Costo Medicare 5, 10, 46–47, 71

Índice

Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) 71
Plan de Organizaciones de Proveedores Preferidos 71
Plan Medicare Advantage 5–6, 17, 19, 40–41, 46–47, 60, 70
Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos 46, 71
Plan Medicare de recetas médicas 5–6, 8–9, 17, 19, 40–43, 46–47, 60–61, 67, 71
Plan Medicare Original 5, 17, 19, 40, 46–47, 72
Plan Privado de Pago-por-Servicio. 3, 43–44, 69
Póliza Medigap 8–9, 40–42, 67, 72
Prima 6, 9–16, 25–31, 36, 38, 41, 51, 53, 57–58, 72
Programa de Ayuda Farmacéutica 13, 52, 72
Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE) 51
Programa de Medicamentos para Pacientes con SIDA (ADAP) 53
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud 8, 36–37, 58, 67, 72
Programa Médico para Indígenas 54
Queja 17, 34, 61, 66
Representante autorizado 50, 59, 61–65 59
Representante del beneficiario 59
Representante personal 59
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 14, 26, 31, 33, 49
Terapia de pasos/etapas 22
Territorios. 25
TRICARE 8, 16, 45

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 mayo de 2009

CMS
CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Mi Salud.
Mi Medicare.

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

¿Necesita usted una copia de esta guía en Español?
Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.