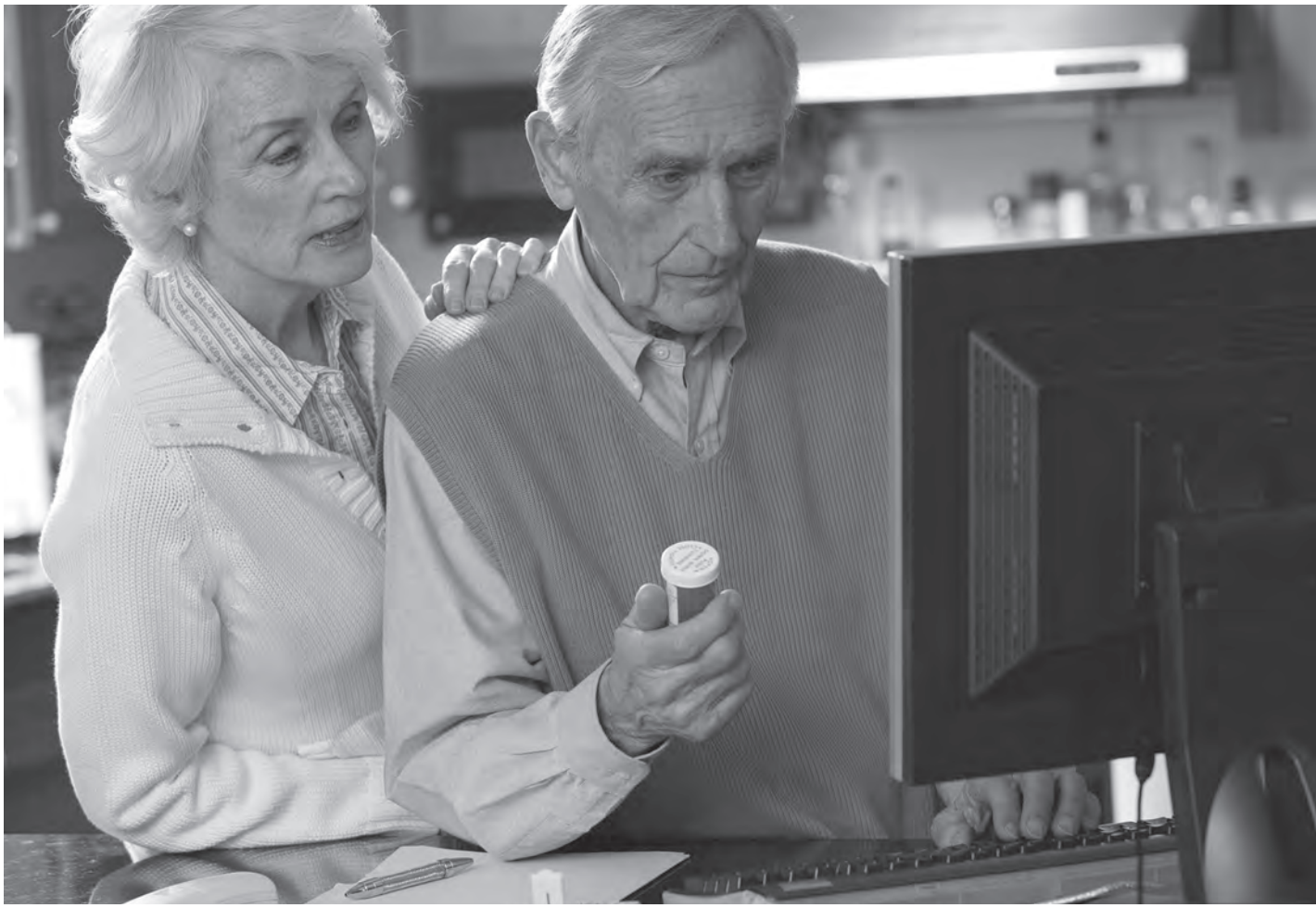
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



Su Guía sobre la Cobertura de Medicare de los Medicamentos Recetados

Esta publicación oficial del gobierno le informa:

- **Cómo trabaja esta cobertura**
- **Cómo obtener Ayuda Adicional si sus ingresos y recursos son limitados**
- **Cómo este plan afectará su cobertura de recetas médicas actual**

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

La información contenida en esta publicación describe el programa de Medicare al momento de su impresión. Sin embargo, tal vez se hayan hecho cambios posteriormente. Para obtener la información más actualizada, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Contenido

Sección 1: Lo básico 7

La cobertura de las recetas médicas es un seguro que agrega el beneficio a su cobertura de salud de Medicare 7

Escoja la cobertura de recetas médicas más conveniente para sus necesidades 9

Obtenga ayuda con sus opciones 10

Sección 2: Cómo trabaja la cobertura de Medicare para los medicamentos recetados 11

¿Cómo difiere la cobertura de la Parte D de la Parte B para ciertos medicamentos? 12

¿Qué planes están disponibles en mi zona? 12

¿Cuánto me costará la cobertura de mis recetas médicas? 13

¿Cómo puedo pagar la prima del plan? 17

¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o cancelar un plan Medicare de recetas médicas? 18

¿Cómo puedo cambiar de plan? 19

¿Cómo puedo inscribirme en un plan? 19

¿Qué es la multa por inscripción tardía en la Parte D? 19

¿Cuál es el monto de la penalidad? 20

¿Cómo evito pagar la penalidad? 21

¿Es la cobertura de mis recetas médicas del Mercado de seguros considerada como cobertura válida de medicamentos? 21

¿Qué información necesito para inscribirme en un plan? 22

¿Recibiré una tarjeta separada para mi plan de Medicare de medicamentos recetados? 22

¿Qué pasa si tengo que adquirir un medicamento antes de recibir mi tarjeta? 23

¿Dónde puedo comprar mis medicamentos? 24

¿Puedo utilizar el servicio de pedido por correo? 24

Contenido (continuación)

¿Cuáles son las normas especiales de inscripción para las personas que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés)? 26

¿Cuáles son los medicamentos cubiertos por los planes de Medicare? 27

¿Qué pasa si cuando entra en vigencia la cobertura yo estoy tomando un medicamento que no está en la lista del plan? 30

¿Qué ocurre si me inscribo en un plan y luego mi médico cambia mi receta? 31

Si tomo medicamentos para tratar otra afección, ¿soy elegible para el programa de Control de la terapia de medicamentos? 32

Sección 3: Cómo puede obtener la Ayuda Adicional . . . 33

Las maneras en las que puede obtener la Ayuda Adicional. 33

¿Cómo puedo solicitar la Ayuda Adicional? 39

¿Por cuánto tiempo recibiré la Ayuda Adicional si soy elegible? 41

Si soy elegible para la Ayuda Adicional, ¿qué puedo hacer para asegurarme de pagar la cantidad correcta? 43

¿Qué puedo hacer si me deniegan la solicitud de la Ayuda Adicional? 44

¿Qué puedo hacer si no soy elegible para la Ayuda Adicional? 46

Otras maneras de ahorrar si no le otorgan la Ayuda Adicional 46

Sección 4: Sus opciones de cobertura 49

Ayuda con las decisiones sobre la cobertura de las recetas médicas . 49

¿Qué debo considerar antes de inscribirme en un plan Medicare? . . 50

Yo sólo tengo la Parte A y/o B y no tengo cobertura de las recetas médicas 51

Tengo Medicare y una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) sin la cobertura de recetas médicas 51

Tengo Medicare y una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) que cubre mis recetas médicas 52

Tengo Medicare y la cobertura de las recetas médicas de mi empleador o sindicato actual o pasado 53

Tengo Medicare y el Seguro Médico para Empleados Federales (FEHB por su sigla en inglés) 56

Tengo Medicare y TRICARE o los beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) que incluyen la cobertura de recetas médicas 57

Tengo un plan de salud de Medicare que no cubre las recetas médicas 58

Tengo un plan de salud de Medicare que cubre las recetas médicas 59

Tengo Medicare y Medicaid 60

Tengo Medicare y recibo la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés), o ayuda de Medicaid para pagar mis primas de Medicare Parte B (pertenezco a un Programa de Ahorros de Medicare) 61

Tengo Medicare y vivo en un asilo para ancianos o institución 62

Tengo Medicare y los beneficios del Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE por su sigla en inglés) 63

Tengo Medicare y recibo ayuda del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés) para pagar por mis medicamentos 64

Recibo ayuda de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el SIDA (ADAP por su sigla en inglés) 65

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 66

Sección 5: Los tres pasos para escoger un plan Medicare de medicamentos recetados 67

1er. Paso: Reúna información sobre su cobertura de medicamentos actual y sobre sus necesidades 67

Contenido (continuación)

2do. Paso: Compare los planes Medicare de recetas médicas teniendo en cuenta su precio, cobertura y servicio al cliente 68

3er. Paso: Escoja el plan que le convenga más e inscríbase 70

Sección 6: Consejos para usar su nueva cobertura de medicamentos 71

Si tiene tanto Medicare como Medicaid y reúne los requisitos para la Ayuda Adicional 71

¿Qué pasa si el farmacéutico no puede confirmar mi inscripción en el plan o que me han otorgado la Ayuda Adicional? 72

Sección 7: Sus derechos y apelaciones 73

¿Cómo me protejo del fraude y del robo de identidad? 73

¿Qué puedo hacer si necesito asistencia para pedir la Ayuda Adicional o para inscribirme en un plan Medicare de recetas médicas o para solicitar una determinación de cobertura o apelación? 74

¿Qué puedo hacer si mi inscripción en un plan Medicare de recetas médicas es rechazada? 76

¿Qué puedo hacer si mi plan no cubre un medicamento que necesito? 76

¿Cómo puede apelar una decisión? 78

¿Cuál es el proceso de apelación?. 78

¿Qué puedo hacer si tengo una queja sobre mi plan? 79

¿Qué puedo hacer si estoy en desacuerdo con la multa por inscripción tardía?. 80

Sección 8: Si desea más información 81

Sección 9: Definiciones 83

Sección

1 Lo básico

La cobertura de las recetas médicas es un seguro que agrega el beneficio a su cobertura de salud de Medicare

Los Planes Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D) le ayuda a pagar tanto los medicamentos genéricos como los de marca. 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 83–87.

Usted puede obtener esta cobertura de dos maneras:

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

El término "planes Medicare de recetas médicas" se usará para referirse a todos los planes de Medicare de medicamentos recetados.

La cobertura de las recetas médicas es un seguro que agrega el beneficio a su cobertura de salud de Medicare (continuación)

La inscripción en un plan

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

Todos los planes de medicamentos deben proveer por lo menos el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Sin embargo, los planes ofrecen diferentes combinaciones de cobertura y de costos. Los planes pueden diferir en cuanto a los medicamentos que cubren, lo que usted tiene que pagar y las farmacias que puede usar.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

1 Lo básico

Escoja la cobertura de recetas médicas más conveniente para sus necesidades

Todo beneficiario de Medicare debe tomar una decisión sobre la cobertura de sus recetas médicas. Si actualmente usted no toma medicamentos, igualmente debería pensar en inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para bajar los costos y prevenir los aumentos de precios futuros. Si es nuevo en Medicare y ya tiene otra cobertura de recetas médicas, tendrá opciones nuevas para considerar. Si usted no es nuevo en Medicare, debe evaluar estas opciones para escoger la que le convenga más. Usted puede inscribirse o cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año y su nueva cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.

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

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

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

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Obtenga ayuda con sus opciones

- Consulte al Localizador de planes Medicare en Medicare.gov/find-a-plan para averiguar cuáles son los planes disponibles en su zona y las farmacias que puede usar.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés) para asesoría gratuita sobre seguros. Para obtener los números del SHIP actualizados, visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al 1-800-MEDICARE.

Sección

2 Cómo trabaja la cobertura de Medicare para los medicamentos recetados

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

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.

Costo

Los planes cobran primas mensuales diferentes. Lo que usted pague por cada receta dependerá del plan que escoja. Si tiene ingresos y recursos limitados, podría recibir Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas. Para más información sobre la Ayuda Adicional, consulte la Sección 3.

Conveniencia

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

Calidad

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

2 Cómo trabaja la cobertura de Medicare para los medicamentos recetados

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

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

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

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

¿Qué planes están disponibles en mi zona?

Si desea información sobre los planes en su zona visite Medicare.gov/find-a-plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si desea información para comparar los planes e inscribirse en el que le convenga más, consulte la Sección 5.

2 Cómo trabaja la cobertura de Medicare para los medicamentos recetados

¿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. Lo que usted pague dependerá de 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 los costos de sus medicamentos. Comuníquese con el plan en el que está interesado para obtener información sobre los costos específicos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

- Prima mensual
- Deducible anual
- Copagos o coseguro
- Interrupción en la cobertura (conocida en inglés como "donut hole")
- Cobertura catastrófica

Prima mensual

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

Algunas personas con Medicare pueden pagar una prima mensual más cara según cuál sea su ingreso. Si usted ha declarado un ingreso bruto modificado ajustado de más de $85,000 (individuos o parejas que presentan declaraciones de impuestos separadas) o $170,000 (matrimonios que presentan una declaración conjunta) al IRS, en su declaración del 2015 (la declaración de impuestos más reciente enviada al Seguro Social por el IRS), tendrá que pagar una cantidad extra por su cobertura de medicamentos, conocida como ajuste mensual basado en el ingreso (IRMAA). Usted pagará esta cantidad extra además de la prima mensual de la Parte D.

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

Si su ingreso anual en el 2015 fue

Declaración de impuestos individual	Declaración de impuestos conjunta	Matrimonio que presenta una declaración por separado	Usted paga mensual-mente (en 2017)
$85,000 o menos	$170,000 o menos	$85,000 o menos	La prima del plan
Más de $85,000 hasta $107,000	Más de $170,000 hasta $214,000	N/A	$13.30 + la prima del plan
Más de $107,000 hasta $160,000	Más de $214,000 hasta $320,000	N/A	$34.20 + la prima del plan
Más de $160,000 hasta $214,000	Más de $320,000 hasta $428,000	Más de $85,000 hasta $129,000	$55.20 + la prima del plan
Por encima de $214,000	Por encima de $428,000	Por encima de $129,000	$76.20 + la prima del plan

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

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

Si tiene que pagar una cantidad mayor por la prima de la Parte D y no está de acuerdo, visite socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Deducible anual

Es la cantidad que usted paga por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. Algunos planes de recetas médicas no cobran el deducible. Ningún plan de medicamentos de Medicare podrá cobrar un deducible mayor a $400 en 2017.

2 Cómo trabaja la cobertura de Medicare para los medicamentos recetados

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.

Por lo general, lo que usted paga es por un suministro del medicamento para un mes. Sin embargo, puede pedir una cantidad menor de la mayoría de los medicamentos. Con frecuencia esto se hace cuando está probando un medicamento nuevo que se sabe tiene efectos colaterales significativos o si quiere sincronizar la obtención de todos sus medicamentos. Si lo hace, lo que pague se ajustará a la cantidad de píldoras que adquiera. Hable con su médico (o con un profesional de la salud que cuenta con el permiso legal para hacer recetas) si desea una receta para menos de un mes.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Interrupción en la cobertura (*donut hole*)

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

Usted no tendrá que pagar todos los costos de su bolsillo si llega a la interrupción en la cobertura. En el 2017, su plan pagará por lo menos el 10% del costo de los medicamentos de marca cubiertos y el fabricante le dará un descuento del 50% para obtener un descuento combinado de 60% en los medicamentos de marca. Lo que usted paga y el descuento del 50% del fabricante se tienen en cuenta para el límite de gastos de su bolsillo y para salir del período de interrupción en la cobertura. Además, en 2018, Medicare cubrirá 49% del precio de los medicamentos genéricos durante la interrupción de cobertura.

La interrupción en la cobertura continuará disminuyendo cada año hasta el 2020, cuando solamente pagará solamente el 25% tanto para los medicamentos de marca y los genéricos cuando se encuentre en la interrupción.

2 Cómo trabaja la cobertura de Medicare para los medicamentos recetados

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Cada mes que usted obtiene sus medicamentos, su plan le manda una "Explicación de Beneficios" (EOB) donde le indican cuánto ha gastado en medicamentos cubiertos si ha llegado a la interrupción en la cobertura. En 2017, su EOB también mostrará el 10% que paga su plan y el 50% de descuento del fabricante de los medicamentos de marca cubiertos que haya comprado durante la interrupción.

Cobertura catastrófica

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

El ejemplo a continuación muestra los costos para el 2017 para los medicamentos cubiertos de un plan que tiene una interrupción en la cobertura.

La Sra. Palma se inscribe en el plan de medicamentos recetados ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2017. La Sra. Palma no recibe la Ayuda Adicional y usa su tarjeta de plan Medicare de medicamentos recetados cuando compra sus medicinas.

Prima mensual—La Sra. Palma paga la prima mensual durante todo el año.			
1. Deducible anual	**2. Copago/ Coseguro**	**3. Interrupción en la cobertura**	**4. Cobertura catastrófica**
La Sra. Palma paga los primeros $400 del costo de sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar.	La Sra. Palma paga un copago y el plan paga una parte del costo de cada medicamento hasta que lo que hayan pagado **entre los dos** (más el deducible) llegue a $3,700.	Una vez que la Sra. Palma y el plan hayan gastado $3,700 en medicinas cubiertas, estará en la interrupción de la cobertura. En el 2017, le darán un descuento del 50% para los medicamentos de marca cubiertos que se tendrán en cuenta para el límite de gastos de su bolsillo y para salir de la interrupción. Además en el 2017, también recibe el 10% adicional de su plan para los medicamentos de marca cubiertos y el 49% de cobertura para los medicamentos genéricos cubiertos durante la interrupción en la cobertura.	Una vez que la Sra. Palma haya gastado $4,950 de su bolsillo en el año, su interrupción de cobertura termina y solo tendrá que pagar un copago pequeño por cada medicamento hasta el final del año.

Consulte el Localizador de planes Medicare en Medicare.gov/find-a-plan para ver los costos anuales estimados para cada plan y sus costos mensuales por receta médica.

¿Cómo puedo pagar la prima del plan?

Usted puede pagar la prima:

- Deduciendo el pago de la prima mensual de su cuenta corriente o de ahorros;
- Cargando el monto a su tarjeta de crédito o débito;
- Pidiendo que le envíen una factura mensual. Algunos planes le cobran el mes por adelantado. Envíe su pago al plan — no a Medicare. Para obtener la dirección, llame a su plan.
- Autorizando la deducción mensual de la prima de su cheque del Seguro Social. Comuníquese con su plan — no con el Seguro Social — para solicitar esta opción. Si elige esta opción, podría demorar hasta 3 meses para que entre en vigencia y probablemente le deducirán el monto de la prima de los 3 primeros juntos.
    - Si recibe la Ayuda Adiciona para pagar parte de la prima, el Seguro Social puede deducir su parte del pago de la prima.
    - **Aviso:** Si tiene un plan patrocinado por un empleador y la compañía paga parte de la prima, el Seguro Social no puede deducir la parte que le corresponde pagar a usted.

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

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

2 Cómo trabaja la cobertura de Medicare para los medicamentos recetados

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

Usted puede inscribirse, cambiar o cancelar su plan:

- **Cuando es elegible para Medicare por primera vez durante el período inicial de inscripción de 7 meses** que comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y termina 3 meses después. Si se inscribe durante uno de los 3 meses anteriores a su cumpleaños 65, la cobertura comenzará el primer día del mes en que cumpla 65 años.
- **Durante el período de 7 meses cercano a su mes 25 de los beneficios por incapacidad.** Si tiene Medicare por una incapacidad, puede inscribirse durante el período de 7 meses que comienza en el mes número 22 de sus beneficios por incapacidad y termina en el mes número 28 de incapacidad. La cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a su inscripción. Tendrá otra oportunidad de inscribirse cuando cumpla 65 años (ver arriba).
- **Cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.** Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente, siempre y cuando el plan haya recibido su solicitud durante este período.
- **En cualquier momento mientras que califique para la Ayuda Adicional.** Esto incluye a las personas que tienen Medicare y Medicaid, pertenecen a un Programa Medicare de Ahorros, reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés) y las personas que la solicitan y se la aprueban. La cobertura comenzará el primer día del mes después que sea elegible para la Ayuda Adicional y se inscriba en un plan.

Nota: En situaciones limitadas, usted podrá inscribirse, cancelar o cambiar de plan en otro momento. Por ejemplo:

- Si se muda de la zona de servicio de su plan de medicamentos recetados.
- Pierde su cobertura válida de medicamentos.
- Si ingresa, vive o se está retirando de un asilo para ancianos.
- Desea cambiarse a un plan de 5 estrellas. Estas calificaciones de calidad están disponibles en Medicare.gov.
- Su plan le informa que se va del programa Medicare o Medicare ha terminado su contrato.

2 Cómo trabaja la cobertura de Medicare para los medicamentos recetados

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

¿Cómo puedo cambiar de plan?

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

¿Cómo puedo inscribirme en un plan?

Comuníquese con la compañía que le ofrece el plan para averiguar cómo inscribirse. Tal vez pueda hacerlo en la página web del plan, o enviando por correo o por fax una solicitud completa de inscripción al plan.

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

Para inscribirse tendrá que darles su número de Medicare y la fecha en que comienza la cobertura de la Parte A (Seguro de hospital) y/o la Parte B (Seguro médico) que aparece en su tarjeta de Medicare.

Nota: Los representantes de los planes Medicare no están autorizados a llamarlo para inscribirlo en un plan. Si algún plan lo hace, denúncielo llamando al 1-800-MEDICARE.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

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

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

¿Cuál es el monto de la penalidad?

El monto de la multa por inscripción tardía se calcula multiplicando la tasa del 1% por "la prima promedio nacional" ($35.63 en el 2017) por el número de meses que fue elegible para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados y no lo hizo pero tampoco tuvo otra cobertura válida de medicamentos.

La cantidad final se redondea al $.10 más cercano y se agrega a la prima. La "prima promedio nacional" puede aumentar cada año, por lo tanto también aumentará la multa. Además de su prima mensual, usted tendrá que pagar la multa por todo el tiempo que tenga el plan Medicare de medicamentos recetados.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Ejemplo: La Sra. Sanchez no se inscribió cuando fue elegible por primera vez – en mayo de 2014. No tiene otra cobertura de recetas médicas. Se inscribió en un plan durante el período de inscripción abierta del 2016 y su cobertura comenzó el 1 de enero de 2017.

Como la Sra. Sanchez estuvo sin cobertura válida de medicamentos entre junio de 2014 y diciembre de 2016, en el 2017 le cobrarán una multa del 31% (1% por cada uno de los 31 meses que estuvo sin cobertura) de la prima promedio nacional de $35.63 (en el 2017) o sea $11.05. La multa se redondea a $11.10 por mes que la Sra. Sanchez tendrá que pagar además de la prima mensual.

Así se calcula:

.31 (31% de multa) x **$35.63** (la prima promedio nacional del 2017) = **$11.05**

$11.05 (se redondea) = **$11.10**

La multa mensual que debe pagar la Sra. Sanchez en el 2017 es $11.10

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

¿Cómo evito pagar la penalidad?

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

¿Es la cobertura de mis recetas médicas del Mercado de seguros considerada como cobertura válida de medicamentos?

El Mercado de seguros ayuda a buscar cobertura médica a las personas sin seguro y el Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP) que les ayuda a las empresas a ofrecerles cobertura médica a sus empleados.

La cobertura de las recetas médicas del Mercado de seguros y de SHOP no tiene que ser una cobertura válida de medicamentos recetados. Sin embargo, todos los planes incluidos los del Mercado de seguros y SHOP deben determinar cada año si la cobertura de medicamentos que ofrecen es válida o no y tienen que notificárselo.

Si desea más información sobre el Mercado de seguro o de SHOP, visite CuidadoDeSalud.gov.

2 Cómo trabaja la cobertura de Medicare para los medicamentos recetados

¿Qué información necesito para inscribirme en un plan?

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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:

- 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 (si correspondiera)

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

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

Cuando se inscribe en un Plan Medicare de medicamentos recetados que trabaja con el Medicare Original, el plan le enviará una tarjeta separada para usar cuando compre sus medicamentos. Usted seguirá usando su tarjeta de Medicare para los servicios del hospital y del médico. Si se inscribe en un Plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o en otro plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos recetados, le mandarán una tarjeta para que compre sus medicamentos y vaya a sus consultas médicas.

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

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

- Una confirmación o carta de bienvenida del plan.
- Un número de confirmación de inscripción del plan y el nombre y número de teléfono del plan.
- Tal vez puede imprimir una tarjeta temporaria en MiMedicare.gov.

Lleve consigo su tarjeta de Medicare y/o Medicaid y una identificación con fotografía, como su licencia de conducir. Si es elegible para recibir la Ayuda Adicional, fíjese en la página 43 para obtener información sobre los documentos que puede usar para demostrar que le han otorgado la Ayuda Adicional. Si no tiene los comprobantes mencionados y el farmacéutico no puede corroborar la información del plan, tal vez tenga que pagar el medicamento de su bolsillo. **Si lo hace, guarde los recibos y comuníquese con el plan—tal vez le reembolsen parte de lo que pague o se lo acrediten para el límite de gastos de su bolsillo.**

Una vez que haya escogido un plan, 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.

2 Cómo trabaja la cobertura de Medicare para los medicamentos recetados

¿Dónde puedo comprar mis medicamentos?

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

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

¿Puedo utilizar el servicio de pedido por correo?

Algunos beneficiarios de Medicare pueden usar la "renovación automática" o "resurtido automático" de su recetas cuando se le esté acabando.

Los planes tienen que recibir su autorización para llenar la receta nuevamente a menos que usted pida que la renueven o solicita una receta nueva. Algunos planes le pedirán su autorización cada año para poder renovarle el suministro de sus medicamentos sin tener que preguntarle cada vez. Otros planes lo harán cada vez que tengan que llenar su suministro.

Esto no afectará a los programas que le recuerdan que debe llenar sus recetas y que usted recogerá en persona, tampoco se aplicará a las farmacias de cuidado a largo plazo que le proporcionan o entregan los medicamentos.

Nota: Asegúrese de decirle a su farmacia cómo se lo puede localizar o ponerse en contacto con usted, para que cuando lo contacten pueda dar su autorización y recibir cualquier otra comunicación.

Comuníquese con su plan si está recibiendo un medicamento que no desea automáticamente. Tal vez le hagan un reembolso por el monto que le cobraron. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene algún problema con la renovación automática. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

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

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

Si desea información sobre ESRD, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

2 Cómo trabaja la cobertura de Medicare para los medicamentos recetados

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

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

Lista de medicamentos (Formulario)

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

Todos los planes tienen que cubrir por lo menos dos medicamentos de cada categoría, pero pueden elegir los medicamentos específicos cubiertos en cada categoría. Los planes obligatoriamente tienen que cubrir casi todos los medicamentos dentro de estas categorías protegidas: antipsicóticos, antidepresivos, anticonvulsivos, inmunosupresores, para el cáncer y el SIDA/VIH.

El plan puede hacer cambios a su formulario durante el año, siempre dentro de los parámetros establecidos por Medicare. La lista de medicamentos de su plan puede cambiar a lo largo del año porque las terapias de medicamentos cambian, se crean medicamentos nuevos o hay nueva información médica disponible.

Si el cambio afecta al medicamento que usted toma, el plan debe:

- Avisarle al menos 60 días antes de la fecha en la que entra en vigencia el cambio.
- En el momento en que va a comprar el medicamento, le tienen que notificar por escrito acerca del cambio y darle un suministro del medicamento para 60 días aplicando las normas vigentes antes del cambio.

- **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.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Es posible que necesite cambiar el medicamento que consume o pagar más por él. En algunos casos, puede continuar consumiendo el medicamento hasta el final del año. También puede solicitar una excepción. Vea la página 77.

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

Medicamentos genéricos

Según la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA por su sigla en inglés), un medicamento genérico es igual al medicamento de marca en lo que respecta a la dosis, seguridad, potencia, el modo en que se administra, la calidad, características de rendimiento y cómo debe ser usado. Los medicamentos genéricos poseen los mismos ingredientes activos 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. En algunos casos, no existe un medicamento genérico disponible para la receta suya, pero puede existir un medicamento genérico que le proporcione los mismos resultados. Hable con un médico o la persona que le receta el medicamento.

Niveles

Para bajar los costos, muchos planes clasifican los medicamentos en varios "niveles" en sus "formularios (listas de medicamentos) con distintos costos. Un medicamento ubicado en un nivel menor le costará menos que el del nivel más alto. Cada plan puede dividir sus niveles de manera diferente.

Ejemplo:

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

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

Autorización previa

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

Sin embargo, si su médico cree que por motivos médicos usted necesita ese medicamento en particular a pesar de que no cumple con los requisitos, usted o su médico puede comunicarse con el plan para solicitar una excepción. Su médico debe explicar el motivo médico en la solicitud. Si la solicitud es aprobada, el plan cubrirá el medicamento, incluso si no obtuvo la autorización previa para el medicamento.

Terapia en etapas/pasos

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

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

Ejemplo:

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

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Límites de cantidad

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

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

Límites de seguridad para los medicamentos opiáceos para el dolor

Antes de que se surtan sus recetas, su plan de medicamentos de Medicare también realizará controles de seguridad adicionales, como verificar cantidades potencialmente inseguras de analgésicos opiáceos. Su plan ha decidido qué nivel del medicamento opiáceo no es seguro para sus miembros. Si sus recetas están por encima del nivel de la dosis opiácea contra el dolor, su prescriptor puede trabajar con su plan, y su farmacéutico, para determinar cuánto medicamento para el dolor es seguro para usted. La farmacia a menudo puede calcular la cantidad correcta, pero puede haber momentos en que su plan necesite que su médico le brinde más información para hacer una decisión sobre la cantidad de analgésicos opiáceos que es segura para usted. Se espera que su plan tome rápidamente esa decisión.

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

Por lo general, su plan le dará por única vez un suministro del medicamento que toma durante los primeros 90 días de su inscripción al plan. Se exige a los planes que otorguen al nuevo miembro y al médico dicho suministro, para darles tiempo a buscar un medicamento del formulario que tenga el mismo resultado que el que el beneficiario estaba tomando, o usted o su médico pueden comunicarse con el plan para solicitar una excepción. Puede que para las personas que ingresan o que ya viven en una "institución (como un asilo para ancianos, o un hospital de

cuidados a largo plazo) se estipulen normas diferentes.

Sin embargo, si usted ya intentó con un medicamento similar y no funcionó, o si su médico considera que por su problema de salud sólo puede tomar un cierto medicamento, usted o su médico puede llamar al plan y pedir una excepción en cuanto comience su cobertura. También usted o su médico pueden pedir una

excepción si su médico cree que usted deben eximirlo de una norma de cobertura, como por ejemplo al límite de cantidad. Si se aprueba la excepción solicitada, el plan pagará por el medicamento. Si la excepción no es aprobada, puede apelar la decisión. Si desea más información sobre las apelaciones, consulte las páginas 74–80.

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

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

Si su médico le receta un medicamento que no está en la lista de su plan y usted no tiene otro seguro que cubra las recetas médicas de los pacientes ambulatorios, usted (o su médico) puede solicitar una excepción. Vea la página 77.

Si aun así el plan no cubre el medicamento que necesita, puede apelar la decisión. Si desea obtener el medicamento antes de que presente su apelación, tal vez tenga que pagarlo de su bolsillo. Guarde el recibo y si gana la apelación, el plan le reembolsará el precio del medicamento. Para más información sobre qué debe hacer si su plan no cubre un medicamento que necesita, consulte las páginas 76 – 77.

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

Si tomo medicamentos para tratar otra afección, ¿soy elegible para el programa de Control de la terapia de medicamentos?

Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados y toma medicinas para distintas afecciones médicas, tal vez sea elegible para obtener servicios gratuitos a través del Programa de Control de los Medicamentos (MTM). Este programa les ayuda a usted y a su médico a controlar que sus medicamentos estén dando los resultados esperados para mantenerlo sano. El farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión amplia de todos los medicamentos que toma y hablará con usted sobre:

- Cómo obtener el beneficio máximo de sus medicamentos
- Cualquier inquietud que tenga, como por ejemplo sobre el precio o reacciones del medicamento
- Cuál es la mejor manera de tomarlos
- Los problemas o preguntas que tenga sobre sus recetas y sobre los medicamentos de venta libre que tome

Después de la charla le darán un resumen de lo tratado para que lo tenga a mano cuando hable con sus médicos. El resumen contiene un plan para tomar el medicamento, en el que le recomiendan lo que puede hacer para aprovechar el efecto del medicamento al máximo, espacio para poner notas o para incluir cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personalizada en la que se mencionen las medicinas que toma y el motivo por el cual las toma.

Su plan de medicamentos podría inscribirlo en este programa si se cumplen estos requisitos:

1. Padece de más de un afección crónica.
2. Toma varios medicamentos.
3. Sus medicamentos tienen precio combinado que excede $3,919 para el 2017. Este monto (que puede cambiar cada año) se calcula teniendo en cuenta los gastos de su bolsillo y lo que paga el plan por sus medicamentos al año. El plan le ayudará a enterarse si llegará a este límite.

Para obtener información genera sobre la elegibilidad para el plan Medicare de medicamentos recetados u otro plan que le interese, visite Medicare.gov/find-a-plan. Para detalles específicos, hable con cada plan.

Sección

3 Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

Las maneras en las que puede obtener la Ayuda Adicional.

El cuadro de la página siguiente le muestras las maneras diferentes en las que podría calificar para obtener Ayuda Adicional según cuál sea su situación. Incluye muchas pero no todos los tipos de cartas que Medicare puede enviarle con colores y nombres distintos.

Si recibe alguna de estas cartas, guárdela en caso de que tenga que mostrársela a su plan para demostrarle que le han otorgado la Ayuda Adicional.

3 Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

Cuando usted	Medicare le envía una carta de color	Nombre oficial
Es elegible **automáticamente** para la Ayuda Adicional porque: ▪ Tiene Medicare y Medicaid ▪ Participa en un Programa Medicare de Ahorros ▪ Recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Morado	"Aviso de elegibilidad/ otorgamiento"
Es elegible **automáticamente** para la Ayuda Adicional porque califica para Medicare y Medicaid Y actualmente recibe los beneficios a través del Medicare Original	Amarillo	"Aviso de inscripción automática"
Es elegible **automáticamente** para la Ayuda Adicional, pero tendrá otros niveles de copago el año próximo	Naranja	"Aviso de cambio del copago de la Ayuda Adicional"
Es elegible automáticamente para la Ayuda Adicional porque: ▪ Participa en un Programa Medicare de Ahorros ▪ *Recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ▪ *Solicitó la Ayuda Adicional y se la otorgaron	Verde	"Aviso de inscripción facilitada"
Ya recibe la Ayuda Adicional, se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados por su cuenta y la prima del plan cambia	Tostado	"Aviso para los que escogieron LIS"
Ya recibe la Ayuda Adicional y Medicare le ha reasignado otro plan de medicamentos recetados para el año próximo	Azul	"Aviso de reasignación del formulario"
No será elegible para la Ayuda Adicional el año entrante	Gris	"Aviso de pérdida de la elegibilidad"

Visite Medicare.gov/forms-help-and-resources/mail-about-medicare/mail-about-medicare.html si desea información sobre cada carta.

3

Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

Si es elegible automáticamente para recibir Ayuda Adicional, no necesita solicitarla.

Medicare le mandará una carta en papel morado denominada "Aviso de elegibilidad/otorgamiento" si usted califica para la Ayuda Adicional automáticamente. Si la recibe, guárdela como comprobante de que se la han otorgado. Si recibe esta carta no tiene que solicitar la Ayuda Adicional.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Usted es elegible automáticamente si:

- Tiene la cobertura completa del su programa Medicaid estatal.
- Recibe ayuda de Medicaid para pagar las primas de la Parte B a través de un Programa Medicare de Ahorros.
- Recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

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

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

3 Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

Los costos de los planes de medicamentos si usted **es elegible automáticamente** para la Ayuda Adicional en 2018

Si tiene Medicare y…	**Su prima mensual***	**Su deducible anual**	**Su costo por receta en la farmacia (*hasta* $5,000**)**	**Su costo por receta en la farmacia (*después* de $5,000**)**
la cobertura completa de Medicaid cada mes que estuvo en una institución como un asilo de ancianos	$0	$0	$0	$0
la cobertura completa de Medicaid y recibe servicios domiciliarios o en su comunidad	$0	$0	$0	$0
la cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual de o por debajo de $12,140 (soltero) o $16,460 (casado)	$0	$0	**Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:** Un máximo de $1.25 **Medicamento de marca:** Un máximo de $3.70	$0
la cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual por encima de $12,140 (soltero) o $16,460 (casado)	$0	$0	**Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:** Un máximo de $3.35 **Medicamento de marca:** Un máximo de $8.35	$0
obtiene ayuda de Medicaid para pagar por sus primas de la Parte B de Medicare	$0	$0	**Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:** Un máximo de $3.35 **Medicamento de marca:** Un máximo de $8.35	$0
la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	$0	$0	**Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:** Un máximo de $3.35 **Medicamento de marca:** Un máximo de $8.35	$0

3

Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

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

**El costo por receta disminuye una vez que lo que usted haya pagado más la ayuda adicional de Medicare alcance los $5,000 por año.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Los niveles de ingreso y costos compartidos son para el año 2018 y pueden aumentar cada año. Si vive en Alaska o Hawái, 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.

Usted solicita la Ayuda Adicional y se la otorgan

Si piensa que reúne los requisitos para obtener la Ayuda Adicional puede:

- Llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778), o visite socialsecurity.gov/i1020 para solicitarla por Internet.
- También puede pedirla en su Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid).
- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y dicir "Medicaid" para obtener el número de teléfono o visite Medicare.gov/contacts. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Solicitar la ayuda no implica ningún riesgo ni costo. Recuerde que si es elegible para la Ayuda Adicional, usted debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para recibirla. Vea las páginas 39–40.

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

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

3 Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

Los costos de los planes de medicamentos si usted **solicita y le dan** la Ayuda Adicional en 2018

Si tiene Medicare y...	Su prima mensual*	Su deducible anual	Su costo por receta en la farmacia (*hasta* $5,000**)	Su costo por receta en la farmacia (*después* de $5,000**)
su ingreso mensual es menos de $16,389 (soltero) $22,221 (casado) Con recursos que no excedan $9,060 (soltero) $14,340 (casado)	$0	$0	**Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:** Un máximo de $3.35 **Medicamento de marca:** Un máximo de $8.35	$0
su ingreso mensual es menos de $16,389 (soltero) $22,221 (casado) Con recursos que no excedan $9,060 y $14,100 (soltero) $14,340 y $28,150 (casado)	$0	$83	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	**Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:** Un máximo de $3.35 **Medicamento de marca:** Un máximo de $8.35
su ingreso mensual es $16,389 y $16,996 (soltero) $22,221 y $23,044 (casado) Con recursos que no excedan $14,100 (soltero) $28,150 (casado)	25%	$83	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	**Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:** Un máximo de $3.35 **Medicamento de marca:** Un máximo de $8.35
su ingreso mensual es menos de $16,996 y $17,603 (soltero) $23,044 y $23,867 (casado) Con recursos que no excedan $14,100 (soltero) $28,150 (casado)	50%	$83	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	**Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:** Un máximo de $3.35 **Medicamento de marca:** Un máximo de $8.35
su ingreso mensual es menos de $17,603 y $18,210 (soltero) $23,867 y $24,690 (casado) Con recursos que no excedan $14,100 (soltero) $28,150 (casado)	75%	$83	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	**Genéricos y ciertos medicamentos preferidos:** Un máximo de $3.35 **Medicamento de marca:** Un máximo de $8.35

 Lea las notas debajo de la tabla de la página 36 para más información.

3 Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

¿Cómo puedo solicitar la Ayuda Adicional?

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

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

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

¿Cuáles ingresos se tienen en cuenta?

Se considera como "Ingresos" al dinero en efectivo, bienes o servicios que usted usa para pagar por su alojamiento y comidas. Los ejemplos siguientes incluyen pero no se limitan a:

Ingresos tomados en cuenta

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

Ingresos *no* tomados en cuenta

- Programa de Ayuda Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Programa de vivienda
- Ayuda con la energía eléctrica
- Tratamiento médico y de abuso de sustancias
- Ayuda por desastre
- Reembolsos tributarios
- Ayuda de terceros para pagar los gastos del hogar
- Compensación a las víctimas
- Becas estudiantiles

3 Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

¿Cuáles son los recursos que se tienen en cuenta?

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

Ingresos tomados en cuenta

- El efectivo que tiene en su hogar o otro lado
- Cuentas en instituciones financieras (cuentas de ahorro, cuentas corrientes; y certificados de depósito)
- Acciones, bonos, bonos de caja de ahorro, fondos mutuos, cuentas de retiro individuales (IRA) u otras
- El valor de una propiedad que no sea la casa donde vive

Ingresos *no* tomados en cuenta

- La casa en la que vive y el terreno
- Sus bienes personales
- Su automóvil(es)
- Lo que no puede cambiarse por efectivo fácilmente como joyas o muebles
- Gastos de entierro y los intereses del dinero destinado a su sepultura
- Pólizas de seguro de vida
- Propiedad que le permite mantenerse, como propiedades en alquiler o el terreno utilizado para cultivar productos para el consumo hogareño

Para averiguar los otros tipos de ingresos y recursos que se tienen en cuenta y los que están excluidos, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

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

Si es elegible automáticamente para la Ayuda Adicional

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

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

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

3 Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Si solicita y le otorgan la Ayuda Adicional

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

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

- Matrimonio
- Divorcio
- Anulación
- Separación (permanente)
- Usted y su cónyuge vuelven a vivir juntos después de una separación
- Fallecimiento del cónyuge (en este caso, el cambio en la Ayuda Adicional podría retrasarse un año)

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

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

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

Si soy elegible para la Ayuda Adicional, ¿qué puedo hacer para asegurarme de pagar la cantidad correcta?

Si es elegible automáticamente, recibirá un carta **violeta**, **amarilla**, **naranja** o **verde** de Medicare que puede mostrarle a su plan como prueba de que es elegible (vea el cuadro en la página 34). Si solicitó la Ayuda Adicional, puede mostrar su carta del Seguro Social de "Aviso de elegibilidad/otorgamiento" como prueba. También puede usar la carta en la que le otorgan la Seguridad de Ingreso Suplementario como comprobante.

También puede usar cualquiera de las siguientes para demostrar que es elegible para Ayuda Adicional. Cada documento nombrado abajo debe mostrar que fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio del 2016.

Comprobante de que tiene Medicaid y vive en una institución o recibe servicios	Prueba de 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. ▪ Un documento estatal que demuestra que usted tiene Medicaid y está obteniendo servicios comunitarios o en el hogar	▪ Una copia de su tarjeta de Medicaid ▪ Una copia de un documento estatal que muestre que tiene Medicaid ▪ Una copia del archivo electrónico estatal o una impresión de pantlla de los sistemas de Medicaid de su estado demostrando que usted tiene Medicaid ▪ Cualquier otro documento de su estado que muestre que tiene Medicaid

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

Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

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

Si usted pagó por los medicamentos y le otorgaron la Ayuda Adicional, tal vez le reembolsen parte de los gastos. Guarde todos los recibos y llame al Programa de Transición para los Beneficiarios de Ingresos Limitados Elegibles Recientemente (NET) al 1-800-783-1307 si desea más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

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

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

Para solicitar una apelación, llame al Seguro Social al número 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. También puede obtener una copia del formulario SSA-1021, "Pedido de apelación de la determinación de la ayuda con los costos de los planes Medicare de recetas médicas" y las instrucciones para llenarlo en socialsecurity.gov/online.

Si desea apelar la decisión, recuerde que:

- Tiene 60 días para hacerlo.
- Los 60 días comienzan al día siguiente de haber recibido la carta de SSA denegando su solicitud. SSA considerará que usted recibió dicha carta 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 los grupos que pueden ayudarle con su apelación. Para buscar la oficina local del Seguro Social visite socialsecurity.gov/locator.

Si solicita la Ayuda Adicional a su estado, la carta que le envíen con la decisión debe incluir sus derechos y procedimientos de apelación. Si desea información sobre el proceso de apelación en su estado, llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Encontrará el número de teléfono de Medicaid en Medicare.gov/contacts. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Su estado puede tener programas que lo ayuden a pagar sus recetas médicas. Comuníquese con la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) o su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés) para más información. Para obtener el teléfono del programa SHIP llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite shiptacenter.org. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Otras maneras de ahorrar si no le otorgan la Ayuda Adicional

Hay otras maneras de ahorrar. Por ejemplo puede cambiar de medicamento a otro más barato. Pregúntele a su médico si hay una medicina genérica, de venta libre o de marca más barata que le brinde el mismo resultado que el que toma actualmente. Si cambia a un medicamento más barato podría ahorrar ciento o miles de dólares al año. Visite el Localizador de planes de Medicare en Medicare.gov/find-a-plan para información sobre cómo ahorrar dinero con su plan de medicamentos recetados.

También puede ahorrar en sus medicamentos:

1. **Averiguando sobre los Programa Nacionales y Comunitarios** (como la *National Patient Advocate Foundation* o la *National Organization for Rare Disorders*) que tal vez tengan programas que puedan ayudarle con sus gastos de medicamentos. Obtenga información sobre los programas de ayuda federales, estatales y privados de su zona, en *BenefitsCheckUp* (benefitscheckup.org). La ayuda que puede obtener de estos programas puede tenerse en cuenta para el límite de gastos de su bolsillo. Los TrOOP son los gastos que se tienen en cuenta para el límite de gastos de su bolsillo del plan de recetas médicas de Medicare, hasta $5,000 en el 2018. Cuando llegue a dicho límite comenzará la cobertura catastrófica.
2. **Fíjese en los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)** para los que podría ser elegible. Los SPAP ofrecidos en muchos de los estados y las islas Virgenes de EE.UU. brindan algún tipo de ayuda a los beneficiarios de Medicare para el pago de la prima del plan de medicamentos y los copagos. Para averiguar si su estado tiene un SPAP visite Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx. Si desea más información consulte la página 64. Las contribuciones de los SPAP podrían tenerse en cuenta para el límite de TrOOP.
3. **Fíjese en los Programas de Ayuda de las Empresas Farmacéuticas** (a veces conocidos como Programas de Ayuda al Paciente) ofrecidos por los fabricantes de los medicamentos. Muchas de estas compañías farmacéuticas ofrecen ayuda a los miembros de los planes Medicare de medicamentos recetados. Si quiere saber si la empresa que hace sus medicamentos tiene algún programa de ayuda en Medicare.gov/pap/index.asp. Tenga en cuenta que estos programas no son parte del beneficio de la Parte D de Medicare, por lo tanto la ayuda que le ofrezcan no se tendrá en cuenta para los TrOOPs.

3 Cómo puede obtener la Ayuda Adicional

Sección

4 Sus opciones de cobertura

Infórmese sobre sus opciones Medicare para la cobertura de sus recetas médicas. **Tal vez encuentre más de una situación que pueda aplicarse a su caso**.

Ayuda con las decisiones sobre la cobertura de las recetas médicas

Si necesita ayuda para decidir, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés). Para obtener el número de teléfono, visite shiptacenter.org o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Medicare trabaja en forma conjunta con otros representantes gubernamentales, grupos religiosos y comunitarios, empleadores y sindicatos, médicos, farmacias y otras personas y organizaciones para educar a las personas para que tomen decisiones sobre la cobertura de recetas médicas. Busque información sobre eventos en su periódico local o en los anuncios de la radio.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

Antes de tomar una decisión debe averiguar:

- Si ya tiene cobertura de recetas médicas. ¿Es una cobertura válida de medicamentos (cubre su plan al menos lo mismo que un plan de medicamentos recetados de Medicare)? (Su plan puede darle esta información.)
- Si ya tiene cobertura de recetas médicas, ¿debe quedarse con su cobertura actual?
- ¿Cómo afectará su cobertura actual si decide quedarse con ella e inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados? (Su plan actual puede darle esta información.)
- ¿Cómo afectará los gastos de su bolsillo esta cobertura?
- Si espera para inscribirse en un plan para recetas médicas, ¿será más elevada la prima porque tendrá que pagar la multa? ¿Comenzará su cobertura cuando usted lo desea?
- ¿Hay algún plan en su área que cubra los medicamentos que usted necesita? (Fíjese en Medicare.gov/find-a-plan.)

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

- ¿Puede obtener la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas, si se inscribe en un plan?
- ¿Hay alguna farmacia en especial que quiere usar? ¿Pertenece la farmacia a la red del plan?
- ¿Pasa usted parte del año en otro estado? (Esto puede ser importante si el plan le exige que use ciertas farmacias.)
- ¿Cuáles son las calificaciones de calidad de ese plan de Medicare de medicamentos recetados? (Compare los Planes Medicare de Medicamentos Recetados en Medicare.gov/find-a-plan.

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

Si tiene la Parte A (Seguro de hospital) y/o la Parte B (Seguro médico) y vive en el área de servicio del plan, puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Use el localizador de planes en Medicare.gov/find-a-plan 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 pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede buscarla en su manual "Medicare y Usted". ¿No está seguro acerca de si tiene la Parte A y/o B? Consúltelo en su tarjeta Medicare.

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

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

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

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

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

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

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

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

La información que le envía la compañía de seguro Medigap le explicará estas opciones en detalle. También puede comunicarse con el Departamento Estatal de Seguro para saber si tiene otras opciones. Visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono del Departamento Estatal de Seguro. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Para más información sobre las pólizas Medigap, visite Medicare.gov. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Programa de Asistencia Estatal con el Seguro Médico (SHIP). Visite shiptacenter.org o llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de SHIP.

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

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. Si no recibe esta información, pídasela a su empleador o sindicato.

Tal vez tenga que escoger entre la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato y la del Medicare:

- Durante el Período Inicial de Inscripción de 7 meses, cuando es elegible por primera vez para Medicare (vea los detalles en la página 18)
- Durante la Inscripción Abierta, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año
- Cuando la cobertura de su empleador o sindicato cambie o termine

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

Algunas respuestas que debe obtener antes de tomar una decisión:

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

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

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

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

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

- Si quiere inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, en la mayoría de los casos tendrá que inscribirse cuando es elegible por primera vez para evitar el pago de la multa por inscripción tardía. Además tendrá que esperar para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados hasta el período que va entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

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

Advertencia: Si deja su cobertura de empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarla. También es posible que no pueda dejar su cobertura de **recetas médicas** sin tener que dejar su cobertura de **salud**. Si cancela su cobertura de empleador o sindicato puede que afecte a la cobertura de su cónyuge y dependientes. Medicare no tiene información sobre cómo se verá afectada su cobertura de empleador o sindicato si usted se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, por lo tanto debe hablar con su empleador o con el administrador de beneficios antes de tomar cualquier decisión sobre la cobertura de sus recetas médicas.

Tengo Medicare y el Seguro Médico para Empleados Federales (FEHB por su sigla en inglés)

- Durante el período de inscripción abierta recibirá información sobre su cobertura de recetas médicas y si la misma es una cobertura válida. Lea la información atentamente.

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

Si desea más información, comuníquese con la Oficina de Gerencia de Personal llamando al 1-888-7767-6738 o visite opm.gov/healthcare-insurance/healthcare. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-878-5707. También puede llamar a su plan.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

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

Si desea más información sobre TRICARE y cómo trabaja con un plan Medicare de medicamentos recetados, llame al Programa Farmacéutico de TRICARE al 1-877-363-1303. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-540-6261.

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

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

- Pregunte a su plan Medicare Advantage si ofrece una opción de cobertura de recetas médicas de Medicare. Si lo hace, usted puede cambiarse a esa opción.
- Si su plan actual no ofrece dicha cobertura, usted puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare de su zona que ofrezca cobertura de recetas médicas.
- Si su plan actual no ofrece la cobertura de medicamentos, puede cambiar al Medicare Original e inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.
- Solamente algunos Planes Privados de Pago-por-Servicio ofrecen la cobertura de recetas médicas. Si está inscrito en un plan PFFS que no ofrece la cobertura de recetas médicas, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado para agregar la cobertura de sus medicamentos.
- **Ningún** Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA por su sigla en inglés) ofrece la cobertura de los medicamentos recetados. Si tiene un plan MSA, puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados para recibir esta cobertura.
    - Si tiene un plan Medicare MSA y un plan de Medicare de medicamentos recetados, cualquier dinero que use de su cuenta del plan Medicare MSA para los deducibles o costo compartido del plan de Medicare de medicamentos recetados cuenta para el límite de gastos de su bolsillo descrito en las páginas 13–16.
    - Si **no** tiene un plan de Medicare de medicamentos recetados, el dinero de la cuenta de MSA puede ser utilizado para medicamentos recetados y de venta libre. Sin embargo, esas expensas no serán tenidas en cuenta para el deducible del Plan MSA.
- Si está inscrito en un Plan Medicare de Costo que no ofrece la cobertura de recetas médicas puede inscribirse en un plan separado de Medicare de recetas médicas para agregar la cobertura de medicamentos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

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

Tengo un plan de salud de Medicare que cubre las recetas médicas

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

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

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

Tengo Medicare y Medicaid

Medicare le ayuda a pagar por sus medicamentos recetados en vez de Medicaid. Debido a que usted tiene Medicaid, Medicare le otorgará automáticamente la Ayuda Adicional para pagar por los costos de su cobertura de medicamentos. Vea la página 36 para información sobre los costos. Si vive en una institución (como un asilo para ancianos) no pagará por sus medicamentos cubiertos.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Si obtiene algún medicamento antes de que entre en vigencia la cobertura de su plan de medicamentos, tal vez le puedan reembolsar parte del gasto. Llame al Programa de Transición para los Beneficiarios de Ingresos limitados Elegibles recientemente (NET) al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Tengo Medicare y recibo la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés), o pertenezco a un Programa de Ahorros de Medicare

Si tiene Medicare y SSI o pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare (o fue elegible para alguno de ellos durante el año), Medicare le enviará una carta en papel **morado** avisándole que es elegible automáticamente para recibir la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas. Usted la recibirá automáticamente cuando se inscriba en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Vea las páginas 33–34 para más información sobre los costos.

Si aún no se ha inscrito en un plan de medicamentos, Medicare lo inscribirá para que tenga la cobertura de recetas médicas a menos que tenga cierta cobertura de jubilado. Medicare le enviará un aviso **amarillo** o **verde** informándole cuándo comienza la cobertura. Si decide cambiarse de plan puede hacerlo cuando quiera sin tener que pagar la multa mientras que sea elegible para la Ayuda Adicional.

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

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

Tengo Medicare y vivo en un asilo para ancianos o institución

- **Mientras esté viviendo en una institución** puede cambiar su plan de Medicare de medicamentos cuando quiera.
- **Si se muda, vive o deja un asilo de ancianos u otra institución**, puede cambiar de plan de Medicare de recetas médicas en ese momento.
- **Si está en un Centro de Enfermería Especializada recibiendo cuidado especializado cubierto por Medicare**, sus recetas médicas generalmente estarán cubiertas por la Parte A (Seguro de Hospital) de Medicare.
- **Si vive en un asilo para ancianos u otra institución de cuidado a largo plazo** recibirá los medicamentos cubiertos de una farmacia de cuidado a largo plazo que trabaja con su plan. Esta farmacia generalmente tiene un contrato (es propiedad de o es operada por) su institución.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

A menos que se inscriba en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) con cobertura de los medicamentos recetados o en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados individual, Medicare lo inscribirá automáticamente en un plan si usted tiene Medicare y la cobertura completa de Medicaid y vive en una institución. Si vive en un asilo para ancianos y tiene la cobertura completa de Medicaid no pagará nada por sus medicamentos recetados una vez que Medicaid haya pagado por su estadía en el asilo por lo menos por un mes completo.

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

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

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

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

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

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

Si no tiene la cobertura de Medicaid, podría ser elegible igualmente para recibir la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus medicamentos. Vea la Sección 3 para más información sobre la Ayuda Adicional.

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

Varios estados tienen programas que ayudan a ciertas personas a pagar por sus medicamentos. Según el estado donde viva, el Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) le brindará ayuda para pagar por sus medicamentos de distintas maneras. Algunos SPAP tal vez tengan como requisito que se inscriba en un plan Medicare de recetas médicas para seguir teniendo cobertura y luego cubrirán los costos que Medicare no cubra. Para obtener la información de contacto de los SPAP, visite Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx. Las contribuciones de los SPAP cuentan para sus gastos del bolsillo reales (TrOOP), los gastos que cuentan como su límite de gastos del bolsillo del plan de medicamentos de Medicare, que es de $5,000 en 2018.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

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

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

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

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

ADAP varía en cada estado, entonces debe llamar a su programa de ADAP para ver cómo funciona con la cobertura de Medicare de medicamentos recetados. Las contribuciones de los ADAP cuentan para los TrOOP (los gastos de su bolsillo) hasta el límite de $5,000 en el 2018.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

- Si tiene un seguro médico del Servicio de Salud para Indígenas, Tribu u Organización de Salud Tribal o del Programa Urbano de Salud para Indígenas tiene una cobertura válida de medicamentos recetados. No tendrá que pagar la multa por inscripción tardía si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados. Pídale a su proveedor de salud para indígenas una carta indicando que tiene cobertura válida de medicamentos.

Sección

5 Los tres pasos para escoger un plan un plan Medicare de medicamentos recetados

Siga los pasos siguientes para escoger e inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, ya sea para hacerlo por primera vez o hacer cambios para el año siguiente. Use las hojas de verificación de las páginas 68–69 como ayuda para escoger un plan.

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

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

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

Consejo: Antes de inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, averigüe cómo su cobertura actual puede afectar sus opciones de cobertura de las recetas médicas. Vea la Sección 4.

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

Antes de elegir un plan, sería conveniente que reúna información sobre su persona. Por ejemplo, sobre la cobertura de recetas médicas que tenga actualmente así como una lista de sus medicamentos y las dosis que toma. También debe tener a mano cualquier carta que haya recibido de Medicare, el Seguro Social o su plan de Medicare de 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 debe informarle cada añ si su cobertura es una cobertura válida. Si no se han comunicado con usted, llame a su compañía de seguro, al proveedor del plan o al administrador de beneficios para averiguar. Si su cobertura es válida y no recibió la notificación pídasela a su compañía de seguros, proveedor del plan o administrador de beneficios. Además, tal vez le convenga quedarse con su cobertura válida en lugar de inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

5 Los tres pasos para escoger un plan Medicare de medicamentos recetados

Los medicamentos que tomo. Fecha de hoy: _____

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

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

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

5 Los tres pasos para escoger un plan Medicare de medicamentos recetados

Cuando encuentre los planes que le interesan, use Medicare.gov para obtener la información a continuación o llame a las compañías que los ofrecen.

Nombre del plan:

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

Nombre del plan:

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

Nombre del plan:

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

5

Los tres pasos para escoger un plan Medicare de medicamentos recetados

Refiérase a los cuadros en las páginas 68–69. Compare los planes basándose en lo que es importante para usted de acuerdo a su situación y a los medicamentos que necesita. Tal vez le convenga preguntarse:

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Si necesita ayuda para tomar una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico. (SHIP por su sigla en inglés). Para obtener el número de teléfono visite shiptacenter.org o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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. 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 Consejos para usar su nueva cobertura de medicamentos

Si se acaba de inscribir en un plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D) por primera vez o se ha cambiado a un nuevo plan, hay ciertas cosas que puede hacer para asegurarse de que toda vaya bien en su primera visita a la farmacia.

La primera vez que use su nuevo plan Medicare de medicamentos recetados, debe ir a la farmacia con la mayor cantidad de información posible. Esto es lo que debe llevar:

- Su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul
- Un documento con fotografía (como el pasaporte o licencia de conducir)
- La tarjeta del plan

Si no tiene la tarjeta del plan, debe llevar:

- Si la tuviera una carta de confirmación del plan
- Un número de inscripción en el plan, si lo tuviera (**Aviso:** solo puede presentar el número de confirmación del plan, no el del Centro de inscripción electrónica de Medicare.gov.)
- El nombre del plan Medicare en el que se ha inscrito (**Aviso:** Si aún no ha recibido la tarjeta del plan o algún documento del plan, decirle a su farmacéutico el nombre del plan le permitirá confirmar su inscripción y obtener la información que necesita para las facturas. Tal vez se demore el expendio de su medicamento porque el farmacéutico debe buscar la información sobre el plan.)

Si tiene tanto Medicare como Medicaid y reúne los requisitos para la Ayuda Adicional

Si usted tiene Medicare y Medicaid o califica para la Ayuda Adicional, debe llevar los comprobantes de ambos a la farmacia. Esto le permitirá pagar la cantidad correcta por sus medicamentos. Fíjese en el cuadro de la página 34 donde se le proporciona la lista de todas las cartas que puede usar como comprobante de que le otorgaron la Ayuda Adicional.

6 Consejos para usar su nueva cobertura de medicamentos

Comprobantes de que tiene Medicaid

- Su tarjeta de Medicaid
- Una copia de la carta de confirmación de Medicaid
- Una copia de la carta de Medicare de inscripción automática (en color amarillo)

Comprobantes de que le otorgaron la Ayuda Adicional

- Una copia de la tarjeta de Medicaid
- Una copia de la carta de Medicare otorgándole la Ayuda Adicional en papel morado, amarillo, naranja, verde, tostado o azul (vea el cuadro en la página 34)
- Una copia del la carta de "Otorgamiento de la Ayuda Adicional" enviada por el Seguro Social
- Una copia de la carta en la que le otorgan la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Otro comprobante de que califica para la Ayuda Adicional (como la carta de su programa estatal Medicaid)

Usted no tiene que poseer todos estos documentos, pero cualquier comprobante de su inscripción en el plan y de que es elegible para Medicaid o la Ayuda Adicional pueden servirle para no pagar más por sus medicamentos de lo que le corresponde.

¿Qué pasa si el farmacéutico no puede confirmar mi inscripción en el plan o que me han otorgado la Ayuda Adicional?

En raras ocasiones, el farmacéutico no podrá confirmar ni su inscripción en un plan ni su elegibilidad para Medicaid o la Ayuda Adicional. Si esto ocurriera, su médico le podría dar unas muestras de su medicamento hasta que puedan confirmar su inscripción. También podría pagar el medicamento de su bolsillo y guardar el recibo para que el plan le reembolse por el gasto.

Si paga los medicamentos de su bolsillo antes de haberse inscrito en el plan pero después de calificar para Medicare y Medicaid o para los beneficios de SSI, le pueden reembolsar el costo de las medicinas. Llame al Programa de Transición para los Beneficiarios de Ingresos Limitados Elegibles Recientemente (NET) al 1-800-783-1307 para averiguar si es elegible. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Sus derechos y apelaciones

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

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

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

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

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

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 pueden llamar al 1-866-653-4261. Si desea más información sobre el robo de identidad o para poner una denuncia por Internet, visite consumer.gov/section/scams-and-identity-theft.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

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

Un representante personal puede ayudarle (o en nombre suyo) averiguar si usted califica para recibir la Ayuda Adicional para pagar por su cobertura de recetas médicas, solicitar una determinación de cobertura, presentar una queja o apelar una decisión. Su médico u otro proveedor que le recete, puede solicitar una determinación de cobertura o apelar al primer o segundo nivel sin ser nombrado como representante legal. **El representante no puede inscribirlo en un plan Medicare de medicamentos recetados a menos que sea su representante legal según lo estipulan las leyes de su estado.**

El representante puede ser:

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

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

1. Llenando el formulario titulado "Nombramiento de un representante" (Formulario de CMS No. 1696) disponible en Medicare.gov/MedicareOnlineForms, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitando una copia gratuita. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
2. Enviar una carta que incluya:
   - —Su nombre, dirección y teléfono
   - —Su número de Medicare (tal y como aparece en su tarjeta blanca, roja y azul) o su tarjeta de identificación del plan
   - —Una declaración designando un representante y la relación que tiene con usted
   - —El nombre, dirección y teléfono del representante
   - —El estatus profesional del representante
   - —Una autorización para divulgar su información médica a su representante
   - —Una declaración explicando los motivos y las medidas por los que nombra un representante
   - —Su firma y la fecha de la carta
   - —La firma del representante y la fecha

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

Usted debe enviar la carta o formulario con su apelación. Vea la página 78 para instrucciones para apelar. La persona que le ayuda debe enviar la carta o el formulario cada vez que solicite una determinación de cobertura o que apele, por lo tanto es conveniente que conserve una copia de todo lo que le envíe a Medicare como parte de su apelación. Si tiene preguntas sobre el nombramiento de un representante, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Si el farmacéutico le dice que el plan no pagará por un medicamento que usted piensa que debería estar cubierto, o que lo cubrirá pero a un precio más caro, usted tiene estas opciones:

1. Hable con la persona que le recetó el medicamento

Pregúntele si usted cumple el requisito de autorización previa o terapia en pasos. Si desea más información, llame al plan. También le puede preguntar si hay una versión genérica, de venta libre o de menor costo que puede darle el mismo resultado.

2. Solicite una determinación de cobertura (incluya cualquier "excepción)

Usted, su representante, su médico u otro proveedor que le recete puede pedir (oralmente o por escrito) que su plan cubra un medicamento que usted necesite.

Usted puede pedir una determinación de cobertura si su farmacéutico o su plan le dice:

- Que un medicamento no está cubierto y usted cree que debería estarlo.
- El medicamento será cubierto pero a un precio más caro del que usted piensa que debería pagar.
- Usted debe cumplir con una norma del cobertura del plan (como una autorización previa) antes de obtener el medicamento.
- No cubrirá un medicamento que está en el formulario porque el plan cree que usted no lo necesita.

Usted, su representante, su médico u otro proveedor que le recete puede pedir una determinación de cobertura conocida como "excepción" si:

- Usted piensa que su plan debe cumplir un medicamento que no está en el formulario del plan porque las otras opciones de tratamiento que ofrece su plan no darán el resultado esperado.
- Su médico o la persona que le receta el medicamento piensa que usted no puede cumplir alguna de las normas de cobertura del plan, como la de la autorización previa, la terapia en pasos/etapas o el límite de cantidad.
- Usted piensa que su plan debe cobrarle un precio menor (el de un medicamento de nivel no preferido) por el medicamento que toma, dado que las opciones del nivel preferido no funcionan para usted.

Si pide una excepción, el profesional que le receta el medicamento, tendrá que justificar su pedido y explicarle al plan el motivo por el que necesita ese medicamento. Pregúntele al plan si esta justificación debe ser escrita. El periodo de decisión del plan sobre su pedido de excepción, se inicia a partir del momento en que reciba la justificación.

Puede pedir una determinación de cobertura antes de pagar el medicamento, o puede decidir pagar el medicamento, guardar el recibo y solicitar que el plan le otorgue un reembolso por medio de una determinación de cobertura.

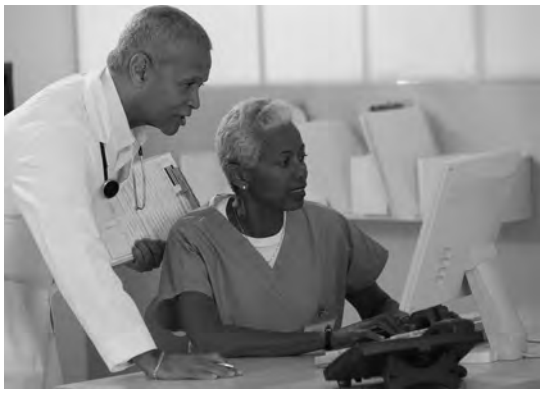
Para detalles sobre cómo solicitar una determinación de cobertura, visite Medicare.gov/appeals.

Si su plan se pronuncia en su contra le enviará una carta explicándole el motivo y las instrucciones sobre cómo apelar la decisión. Si usted está en desacuerdo con la determinación de cobertura, tiene el derecho de apelar.

¿Cómo puede apelar una decisión?

Si usted tiene la cobertura de las recetas médicas a través de un plan Medicare de medicamentos recetados (PDP), de un plan Medicare Advantage con cobertura de las recetas médicas (MA-PD) u otro plan de Medicare, el plan le enviará la "Evidencia de cobertura" (EOC) donde le explica cuáles son sus derechos. Si tiene preguntas sobre este documento, llame a su plan.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.



Usted tiene derecho a solicitarle a su plan que le provea o pague un medicamento que usted piensa que debería ser cubierto, suministrado o continuado.

Si decide apelar, pídale a su médico o al profesional que le receta el medicamento, cualquier información que pudiera contribuir a su caso. Guarde una copia de cualquier documento que le envíe al plan.

¿Cuál es el proceso de apelación?

Hay cinco niveles de apelación disponibles. Si está en desacuerdo con la decisión en cualquiera de estos niveles, puede apelar al nivel siguiente. En cada uno de ellos le darán instrucciones para el próximo nivel de apelación. Para detalles sobre las apelaciones visite Medicare.gov/appeals.

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

Si tiene alguna inquietud que no está relacionada con un pedido de determinación de cobertura ni reembolso, usted tiene derecho a presentarle una queja al plan.

A continuación le mencionamos algunos motivos por los que podría hacerlo:

- Usted piensa que el horario de atención al cliente debería ser distinto.
- Debe esperar mucho tiempo para obtener su medicamento.
- La 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 está en desacuerdo con la decisión del plan acerca de su solicitud de determinación o redeterminación acelerada.
- El plan no le envió las notificaciones requeridas.
- Las notificaciones del plan no siguen las normas de Medicare.

Si desea presentar una queja, debe:

- En un plazo de 60 días a partir del evento por el que presenta la queja.
- Puede hacerlo por teléfono o por escrito.
- El plan debe enviarle una notificación en un plazo de 30 días a partir del momento en que recibe la queja.
- Si la queja tiene que ver con la negación del plan a proporcionarle una determinación acelerada o redeterminación y usted aún no ha comprado o recibido el medicamento, el plan debe proporcionarle su decisión en las 24 horas siguientes a su queja.
- Si piensa que le cobraron mucho por el medicamento, llame a la compañía que vende el plan y obtenga el precio actualizado.

Si el plan no investiga su queja, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Información adicional sobre cómo presentar una queja

- Visite Medicare.gov/appeals.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener asesoría gratuita y personalizada y ayuda para presentar una queja. Para obtener el número del SHIP visite shiptacenter.org o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 83–87.

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

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

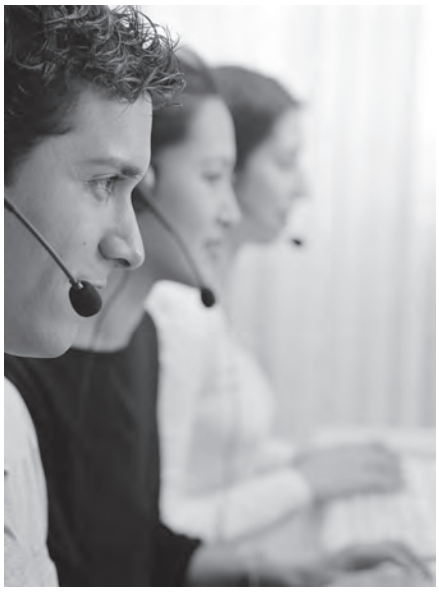
Su plan le entregará una solicitud de reconsideración con la carta en la que le avisan que tendrá que pagar la multa por inscripción tardía. Mande el formulario completado a la dirección o fax indicado en el formulario durante los 60 días siguientes a la fecha de la carta. También debe adjuntar cualquier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

Si necesita más información sobre cómo solicitar una reconsideración sobre el pago de la multa, llame a su plan. También puede visitar Medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección

8 Si desea más información

Para más información sobre los planes Medicare de medicamentos recetados, visite Medicare.gov/find-a-plan para obtener información personalizada. Ingrese la lista de sus medicamentos para obtener una información detallada de los costos.



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

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

- **Para más información sobre su cobertura de recetas médicas actual,** comuníquese con el administrador de beneficios, la compañía de seguros o el proveedor del plan.
- **Para más información sobre la solicitud de la Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de recetas médicas de Medicare**, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213, o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- **Para asesoría gratuita personalizada sobre sus opciones de cobertura de recetas médicas,** comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Para obtener el número del SHIP, visite shiptacenter.org o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Notas

Sección

9 Definiciones

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

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)—Beneficios opcionales para los medicamentos recetados disponibles para todas las personas con Medicare, por un costo adicional. Esta cobertura se ofrece por medio de compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare.

Cobertura válida de recetas médicas (*Creditable coverage*)—La cobertura de medicamentos (como la que recibe a través de un empleador o sindicato) que en promedio paga por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de Medicare. Las personas con este tipo de cobertura, cuando sean elegibles para Medicare, generalmente podrán quedársela sin tener que pagar una multa si más tarde deciden inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

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—La primera decisión tomada por el plan de medicamentos de Medicare (no por la farmacia) sobre sus beneficios de medicamentos, incluyendo:

- Si un medicamento en particular está cubierto
- Si ha cumplido todos los requisitos para recibir el medicamento recetado
- ¿Cuánto está obligado a pagar por un medicamento?
- Si se debe hacer una excepción a la regla cuando usted lo solicite

El plan de medicamentos tiene que darle una decisión rápida (72 horas para las solicitudes estándar, 24 horas para solicitudes aceleradas). Si no está de acuerdo con la determinación de la cobertura del plan, el siguiente paso es una apelación.

Enfermedad Renal Terminal (ESRD)—Insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón.

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

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

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

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

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

9 Definiciones

Medicare—Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de al menos 65años de edad, ciertas personas más jóvenes con incapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal crónica que requiere diálisis o trasplante, a veces denominada ESRD).

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

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

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

Parte A (Seguro de hospital)—La Parte A de Medicare le ayuda a pagar por la estadía en el hospital, el cuidado en un centro de enfermería especializada, el cuidado de hospicio y algunos servicios de atención domiciliaria.

Parte B (Seguro médico)—La Parte B de Medicare le ayuda a pagar por los servicios del médico, el cuidado ambulatorio, los insumos médicos y los servicios preventivos.

Plan de salud de Medicare—Generalmente es un plan ofrecido por una empresa privada que hace contratos con Medicare para brindarle los beneficios de Medicare Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Los planes de salud de Medicare incluyen a todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE) son planes especiales de Medicare que pueden ser ofrecidos por entidades públicas o privadas y proporcionar la Parte D y otros beneficios además de la parte A y beneficios de la Parte B.

9 Definiciones

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

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

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

Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D)—Un plan independiente ofrecido por compañías privadas 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—Medicare Original es un plan de salud de pago por servicio que consta de dos partes: Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Después de pagar un deducible, Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Definiciones

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 de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE)—Un tipo especial de plan que les brinda a los beneficiarios todos los servicios cubiertos por Medicare, Medicaid y otros según lo determine un grupo de profesionales de la salud interdisciplinario para sus necesidades de salud. PACE atiende a los ancianos que necesitan el tipo de cuidado que se brinda en un asilo para ancianos pero que aun pueden vivir en sus comunidades. PACE combina los servicios médicos, sociales, el cuidado a largo plazo y la cobertura de las recetas médicas.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (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.

Notas

Notas

Notas

Aviso de Comunicaciones Accesibles

Para ayudar a garantizar que las personas incapacitadas tengan la misma oportunidad de participar en nuestros servicios, actividades, programas y otros beneficios, proporcionamos comunicaciones en formatos accesibles.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindan ayuda y servicios auxiliares para facilitar la comunicación con personas incapacitadas. La ayuda auxiliar incluye materiales en Braille, CD de audio/datos u otros formatos accesibles.

Nota: Puede obtener este manual electrónicamente en impresión estándar, letra grande o como libro electrónico.

Para preguntas generales y publicaciones de Medicare, llámenos al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
TTY: 1-877-486-2048.

Para todas las otras publicaciones y documentos de CMS en formatos accesibles, puede comunicarse con el Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente:

- Llamar al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). TTY: 1-844-716-3676.
- Enviar un fax al 1-844-530-3676.
- Enviar un correo electrónico a altformatrequest@cms.hhs.gov.
- Enviar una carta a:

  Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
  Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)
  7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
  Baltimore, MD 21244-1850
  Attn: Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente

Nota: Su pedido de una publicación o documento de CMS debe incluir:

- Su nombre, número de teléfono y la dirección postal donde debemos enviar las publicaciones o documentos.
- El título de la publicación y el número de producto CMS, si lo tiene.
- El formato que necesita, como Braille, letra grande o CD de datos/audio.

Si ya envió o desea darle seguimiento a una solicitación:

Para presentar inquietudes y problemas sobre las comunicaciones accesibles, incluyendo la calidad o puntualidad de su solicitud, puede comunicarse con el Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente:

- Llamar al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). TTY: 1-844-716-3676.
- Enviar un fax al 1-844-530-3676.
- Enviar un correo electrónico a altformatrequest@cms.hhs.gov.
- Enviar una carta a:

  Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
  Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)
  7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
  Baltimore, MD 21244-1850
  Attn: Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente

Accesibilidad y cumplimiento de Medicare.gov con la Sección 508

Medicare.gov se compromete a hacer que sus tecnologías electrónicas y de información sean accesibles para las personas incapacitadas. Si no puede acceder contenido ni utilizar las funciones del sitio web debido a una incapacidad, visite CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/policiesforaccessibility.html.

Aviso sobre la Discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, niegan beneficios o discriminan contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad en la admisión, participación o recibimiento de los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sean realizadas por CMS directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la cual CMS se encarga de llevar a cabo sus programas y actividades.

Cómo presentar una queja

Si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, hay 3 formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles:

1. En línea en: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. Por teléfono: Llame al 1-800-368-1019. TTY: 1-800-537-7697.
3. Por escrito: Envíe información sobre su queja a:

   Oficina de Derechos Civiles
   Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
   200 Independence Avenue, SW
   Room 509F, HHH Building
   Washington, D.C. 20201

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 junio 2018

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