Su Guía sobre la Cobertura de Medicare para Medicamentos

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

- Cómo funciona la cobertura de medicamentos
- Sus opciones sobre la cobertura de medicamentos
- Cómo obtener Ayuda Adicional si tiene ingresos y recursos limitados

es.Medicare.gov

Medicare

Indicé

1	**Sección 1:** Aspectos básicos
4	**Sección 2:** Cuándo y cómo obtener cobertura de medicamentos
16	**Sección 3:** Costos y cobertura
30	**Sección 4:** Programa de Ayuda Adicional de Medicare
38	**Sección 5:** Cómo usar su Cobertura de medicamentos de Medicare
42	**Sección 6:** Más información

Sección 1:

Aspectos básicos

La cobertura de medicamentos de Medicare se agrega a su cobertura de salud de Medicare.

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) le ayuda a pagar los medicamentos genéricos y de marca. Las compañías de seguros y otras empresas privadas aprobadas por Medicare se lo ofrecen a todas las personas con Medicare.

Puede obtener cobertura de medicamentos de una de 2 maneras:

- **Agregue la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) al Medicare Original.** Medicare Original es un plan de salud de pago por servicio que tiene 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Puede agregar un plan de medicamentos independiente (a veces llamado Plan de Medicamentos Recetados o PDP) al Medicare Original. Los planes de medicamentos de Medicare pueden también agregar cobertura de medicamentos a algunos planes de salud de Medicare, como algunos planes privados de pago por servicio (PFFS) de Medicare, algunos planes de Costos de Medicare y planes de Cuenta de Ahorros (MSA) de Medicare.
- **Obtenga cobertura de medicamentos como parte de su plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare.** Por lo general, obtiene su Parte A (seguro de hospital), Parte B (seguro médico) y cobertura de medicamentos (Parte D) a través de estos planes. Los planes Medicare Advantage que ofrecen cobertura de medicamentos recetados a veces se les conoce “MA-PD”. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage que no ofrece cobertura de medicamentos, en la mayoría de los casos, no podrá agregar un plan de medicamentos de Medicare aparte. Si elige un tipo de plan de salud de Medicare llamado “plan de Costos de Medicare”, puede obtener su cobertura de medicamentos de Medicare del plan (si se ofrece) o puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte para agregar cobertura de medicamentos.

En este folleto, el término "cobertura de medicamentos de Medicare" se refiere a todos los planes de medicamentos de Medicare y a los planes de salud de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). El término "plan de medicamentos de Medicare" se refiere a planes de medicamentos separados que agregan cobertura de medicamentos de Medicare al Medicare Original y algunos planes de salud de Medicare que no tienen cobertura de medicamentos.

La inscripción en un plan

Para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, debe::

- Tener la Parte A de Medicare (seguro de hospital) **o** la Parte B de Medicare (seguro médico)
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos o en la mayoría de los otros planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos, debe:

- Tener la Parte A **y** Parte B
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan de salud o de medicamentos de Medicare al que desea inscribirse

Si tiene un plan Medicare Advantage y luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare aparte, en la mayoría de los casos, perderá su plan Medicare Advantage y volverá a tener la cobertura del Medicare Original.

Los planes de medicamentos pueden ofrecer distintas combinaciones de cobertura, las farmacias que están dentro de la red y costos, siempre y cuando cumplan con los estándares establecidos por Medicare.

¡Importante! Si no recibe cobertura de medicamentos cuando es elegible por primera vez para Medicare, y no tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos Al igual que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare (llamada cobertura acreditable de medicamentos recetados), **es posible que tenga que pagar una multa de por vida por inscripción tardía de la Parte D si te inscribes más tarde.** La multa se agrega a su prima mensual durante el tiempo que tenga cobertura de medicamentos de Medicare. Vaya a las páginas 20–22 para más información sobre la multa por inscripción tardía.

Aspectos a tener en cuenta al decidir si obtener o no cobertura de medicamentos de Medicare

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos acreditable, como la de un empleador o sindicato, TRICARE, Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) o Servicio de Salud Indígena, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía por la Parte D cuando obtenga cobertura de medicamentos de Medicare más adelante, siempre y cuando no tenga un período de 63 o más días seguidos en el que no tenga una cobertura válida de medicamentos recetados.
- Si es nuevo en Medicare pero no tiene una cobertura de medicamentos acreditable, es posible que desee obtener cobertura de medicamentos de Medicare, incluso si no usa muchos medicamentos recetados ahora. Esto le ayudará a reducir los costos de sus medicamentos y a evitar la multa por inscripción tardía de la Parte D más adelante.
- Si tiene (o es elegible para) otros tipos de cobertura de medicamentos, lea todos los materiales que reciba de su aseguradora o proveedor del plan. Hable con su administrador de beneficios, aseguradora o proveedor del plan antes de hacer cualquier cambio en su cobertura actual.
- Si actualmente tiene cobertura de medicamentos, compárela con la cobertura de medicamentos de Medicare. Su cobertura de medicamentos actual puede cambiar si obtiene cobertura de medicamentos de Medicare.

Consulte la Sección 2 para más detalles sobre cómo la cobertura de medicamentos de Medicare puede afectar su otra cobertura.

Nota: La cobertura de medicamentos recetados es un seguro. Las muestras de médicos, tarjetas de descuento, clínicas gratuitas o los sitios web de descuentos de medicamentos no son cobertura de medicamentos.

Obtenga ayuda con sus opciones

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Los SHIPs son programas estatales que brindan asesoramiento gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare y sus familias. Visite **shiphelp.org** para obtener el número de teléfono de su SHIP.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 2:

Cuándo y cómo obtener cobertura de medicamentos

¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o cancelar la cobertura de Medicare para medicamentos?

Durante su Período de Inscripción Inicial de 7 meses, cuando es elegible por primera vez para Medicare. Puede inscribirse en la cobertura de medicamentos de Medicare durante los 3 meses antes de cumplir 65 años, y hasta 3 meses después de cumplir 65 años. La fecha de inicio de su cobertura depende del mes en que se inscriba.

Si se inscribe:	La cobertura comienza:
Antes del mes en que cumple 65 años	El mes que cumple 65 años
El mes en que cumple 65 años, o durante los 3 meses siguientes	El próximo mes

Durante el período de siete meses cercano a su mes número 25 de recibir beneficios por incapacidad. Si obtiene Medicare debido a una incapacidad, puede obtener la cobertura de medicamentos de Medicare los 3 meses anteriores a su 25º mes de incapacidad y 3 posteriores a su 25º mes de incapacidad. La fecha de inicio de su cobertura depende del mes en que se inscriba.

Si se inscribe:	La cobertura comienza:
Antes de los 25 meses de recibir beneficios por incapacidad	Su 25º mes de incapacidad
Su 25º mes de incapacidad, o durante los 3 meses siguientes	El próximo mes

Si tiene una incapacidad y tiene menos de 65 años, tendrá otra oportunidad de inscribirse cuando cumpla 65 años.

Durante la Inscripción Abierta, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Su cobertura comienza el 1 de enero del año siguiente.

Si actualmente tiene cobertura de medicamentos de Medicare, es posible que desee revisar su cobertura cada otoño. Si está satisfecho con la cobertura, costo y servicio al cliente de su plan actual, y su plan aún se ofrece en su área, **you don't have to do anything to continue your coverage for another year**. Sin embargo, si decide que otro plan satisfará mejor sus necesidades, puede cambiar a un plan diferente.

Nota: En situaciones limitadas, podrá inscribirse, cancelar o cambiar la cobertura de medicamentos de Medicare en otro momento. Por ejemplo, si usted:

- Califica para Ayuda Adicional (vaya a la página 30).
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de su plan.
- Pierde otra cobertura que se consideraba una cobertura acreditable o válida.
- Ingresa, vive o se retira de un asilo para ancianos.
- ¿Quieres cambiarte a un plan con una calificación de estrellas de calidad general de 5 estrellas? Las calificaciones de estrellas de calidad están disponibles en es.Medicare.gov/plan-compare.
- Está en un plan que cambia su contrato con Medicare.

¿Cómo puedo inscribirme en un plan?

Comuníquese con la compañía que ofrece el plan. Puede inscribirse en el sitio web del plan, o enviarle un formulario de inscripción completo por correo o por fax.

También puede inscribirse en un plan directamente visitando es.Medicare.gov/plan-compare o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-20480).

¿Qué información necesito darle al plan?

- Su número de Medicare y la fecha en que comenzó su cobertura de Medicare Parte A (seguro de hospital) y/o Medicare Parte B (seguro médico), que encontrará en su tarjeta de Medicare
- Nombre, fecha de nacimiento y dirección permanente
- Cómo quiere pagar las primas de su plan
- Información sobre otro seguro y cualquier notificación de cobertura acreditable

Le podrán pedir otra información cuando se inscriba en un plan de Medicare (como su dirección de correo electrónico o contacto de emergencia). Darle al plan esta información es opcional.

El plan al que se inscriba le enviará documentación específica, como una tarjeta de membresía, manual para miembros, formulario (lista de medicamentos), directorio de proveedores farmacéuticos y procedimientos para quejas y apelaciones.

¿Cómo puedo cambiar de plan?

Lo único que tiene que hacer es inscribirse en un plan nuevo. **No** hace falta que le avise a su plan de medicamentos actual que se está cambiando de plan ni que le mande nada, porque al inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos diferente, en los momentos detallados en la página anterior, su plan actual se cancela automáticamente. Su cobertura de medicamentos Medicare nueva le debe enviar una carta en donde le avisa cuándo entrará en vigor su nuevo plan. Puede cambiar de plan llamando al 1-800-MEDICARE.

Nota: Los planes de Medicare no pueden llamarlo y pedirle que se inscriba en un plan. Si algún plan lo hace, denúncielo llamando al 1-800-MEDICARE

¿Qué debo considerar antes de obtener la cobertura de medicamentos de Medicare?

Antes de tomar una decisión, obtenga respuestas a estas preguntas:

- ¿Tengo cobertura de medicamentos acreditable o válida en este momento? (Cualquier cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare que se considera una cobertura acreditable o válida).
  - Si no obtiene cobertura de medicamentos cuando es elegible por primera vez para Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados, tendrá que pagar una multa de por vida por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en Medicare más adelante.
  - Su plan actual puede decirle si su cobertura de medicamentos es una cobertura de medicamentos acreditable. Vaya a las páginas 20 a 22 para más información sobre la multa por inscripción tardía de la Parte D.
- ¿Cómo afectará mi cobertura actual el inscribirme en un plan de medicamentos o de salud de Medicare? ¿Perderé mi cobertura actual de salud y/o medicamentos si me inscribo? (Su plan actual puede darle esta información).
- ¿Cómo afectará los gastos de mi bolsillo la inscripción a un plan de Medicare de salud o para medicamentos en particular?
- Si espero para inscribirme en un plan de Medicare de salud o para medicamentos, ¿será más elevada la prima porque tendré que pagar una multa por inscripción tardía?
- ¿Comenzaría mi cobertura cuando yo lo desee?
- ¿Hay algún plan de Medicare de salud o para medicamentos en mi área que cubra los medicamentos que tomo? (Descúbralo visitando **es.Medicare.gov/plan-compare** o llamando al plan que le interesa).
- ¿Puede obtener la Ayuda Adicional para pagar los costos de medicamentos si me inscribo en un plan de Medicare para medicamentos? (Es posible que califique para recibir Ayuda Adicional si tiene ingresos y recursos limitados. Vaya a la Sección 4.)

- ¿Hay alguna farmacia en particular que quiera usar? ¿Está la farmacia dentro de la red del plan que estoy considerando? (Por lo general, el uso de farmacias dentro de la red le cuesta menos que las farmacias fuera de la red).
- ¿Paso parte del año en otro estado? (Esto puede ser importante si un plan al que quiere inscribirse exige que use ciertas farmacias).
- ¿Cuáles son las calificaciones estrellas de calidad de un plan de Medicare para medicamentos en particular? (Revise las calificaciones por estrellas y compare los planes de medicamentos de Medicare en es.Medicare.gov/plan-compare.)

Obtenga ayuda con las decisiones sobre la cobertura de medicamentos

Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) si necesita ayuda con sus decisiones sobre la cobertura de medicamentos de Medicare. Visite shiphelp.org para obtener el número de teléfono de su SHIP.

¿Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare con otros tipos de cobertura de salud y medicamentos?

Si tiene otros tipos de cobertura de salud o de medicamentos, asegúrese de cómo funciona esa cobertura con la cobertura de medicamentos de Medicare. Es posible que más de una situación a continuación y en las páginas 8 a 15 le aplique.

Tengo la Parte A y/o la Parte B y no tengo cobertura de medicamentos

Si tiene la Parte A (seguro de hospital) y/o Parte B (seguro médico) y vive en el área de servicio de un plan de medicamentos de Medicare, puede inscribirse en ese plan. Visite es.Medicare.gov/plan-compare o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para obtener una lista de planes en su área. También puede consultar el manual "Medicare y Usted". ¿No está seguro de si tiene la Parte A y/o la Parte B? Revise su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

Tengo la Parte A y Parte B (Medicare Original) y una póliza de seguro suplementario de Medicare (Medigap)

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare para agregar cobertura de medicamentos a Medicare Original.

> **¡Importante! Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, no necesita una póliza Medigap. Si ya tiene una póliza de Medigap, no puede usarla para pagar gastos de bolsillo de su plan Medicare Advantage.** Es posible que desee cancelar su póliza Medigap si se inscribe en un plan Medicare Advantage. Sin embargo, es posible que no pueda recuperar la misma póliza Medigap si abandona el plan Medicare Advantage y luego vuelve a Medicare Original, o puede terminar pagando primas más altas por la póliza Medigap.

Visite es.Medicare.gov/health-drug-plans/medigap/basics/how-medigap-works para más información sobre cómo funciona Medigap si tiene otra cobertura de Medicare.

Tengo Medicare Original y una póliza Medigap que incluye cobertura de medicamentos

Antes del 2006, algunas pólizas de Medigap incluían cobertura de medicamentos. Si todavía tiene una póliza Medigap con cobertura de medicamentos, su compañía de seguros Medigap debe enviarle un aviso detallado cada año en el que describa sus opciones de cobertura de medicamentos y si su cobertura de medicamentos es una cobertura de medicamentos recetados acreditable o válida.

Consulte con el Departamento de Seguros de su estado para encontrar otras opciones que pueda tener para la cobertura de medicamentos.

> **¡Importante!** Comuníquese con su compañía de seguros Medigap antes de hacer cualquier cambio a su cobertura de medicamentos.

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos, puede conservar su póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) actual sin la cobertura de medicamentos. Deberá indicarle a su asegurador de Medigap cuándo comienza su cobertura de medicamentos de Medicare. Deberán retirar la cobertura de medicamentos de su póliza Medigap y modificar la prima de acuerdo con este cambio. Además, puede tener que pagar una multa por inscripción tardía de por vida cuando se inscriba en un plan de Medicare para medicamentos si la cobertura de medicamentos de su póliza Medigap no es una cobertura de medicamentos acreditable o válida. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta mientras esté en un plan de Medicare para medicamentos. Vaya a las páginas 20–22 para más información sobre la multa por inscripción tardía.

Para más información sobre las pólizas de Medigap, visite **es.Medicare.gov/health-drug-plans/medigap** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY:1-877-486-2048). También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para más información sobre Medigap. Visite **shiphelp.org** para el número de teléfono de su SHIP.

Tengo Medicare y la cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato actual o anterior

Averigüe cómo funciona la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato con Medicare, porque es probable que su cobertura cambie si se inscribe en este plan. Su empleador o sindicato (o el plan que administra su cobertura) le enviarán un Aviso de Cobertura Acreditable cada año, informándole si su cobertura de medicamentos es una cobertura de medicamentos es acreditable o válida (cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare). Si no recibe esta información, solicítela a su empleador o sindicato.

Algunas preguntas importantes que debe responder antes de decidir sobre su cobertura de medicamentos:

- ¿Perderán usted, su cónyuge o sus dependientes la cobertura médica de su empleador o sindicato si se inscribe en la cobertura de Medicare para medicamentos?
- ¿Cómo se comparan los gastos directos de su bolsillo de su cobertura de empleador o sindicato con la cobertura de Medicare para medicamentos?

Si su empleador o sindicato (o el de su cónyuge) determinan que su cobertura actual es una cobertura de medicamentos acreditable o válida:

- 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 o la cobertura de medicamentos acreditable o válida, siempre que se inscriba en un plan de Medicare de salud o para medicamentos 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 medicamentos es acreditable. Es posible que deba mostrárselo a su plan de Medicare para medicamentos como confirmación de que su cobertura es acreditable si decide inscribirse más tarde.

Si su empleador o sindicato (o el de su cónyuge) le avisan que su cobertura actual NO es una cobertura de medicamentos acreditable o válida:

Si quiere la cobertura de Medicare para medicamentos, en la mayoría de los casos, debe inscribirse cuando sea elegible por primera vez para evitar el pago de una multa por inscripción tardía (consulte las páginas 20 a 22 para más información). Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, es posible que deba esperar hasta la Inscripción Abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para agregar la cobertura de medicamentos de Medicare.

Pregúntele al administrador de beneficios cuáles son sus opciones. Es posible que pueda:

- Mantener la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato actual **y** obtener la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Mantener la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato actual y **no** agregar la cobertura de medicamentos de Medicare. Si se inscribe en la cobertura de medicamentos de Medicare más tarde, es posible que tenga que pagar una multa de inscripción tardía si su cobertura de medicamentos actual no es válida.
- Dejar su cobertura actual e inscribirse en un plan Medicare que cubra los medicamentos. (**Nota:** Si su cobertura actual cambia y ya no es acreditable, será elegible para obtener la cobertura de medicamentos de Medicare durante un Período Especial de Inscripción. Vaya a la página 11 para más información.)

¡Importante! Si cancela la cobertura de su empleador o sindicato:

- Es posible que no pueda recuperarla.
- Es posible que también tenga que dejar la cobertura médica de su empleador o sindicato.
- Es posible que también tenga que cancelar la cobertura de su cónyuge y dependientes.

Medicare no tiene información sobre cómo se verá afectada la cobertura de su empleador o sindicato actual si se inscribe en una cobertura de Medicare para medicamentos, de manera que debe hablar con el administrador de beneficios del sindicato o empleador antes de tomar cualquier decisión sobre su cobertura de medicamentos.

Tengo Medicare y un plan de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB)

- Antes de hacer cualquier cambio, comuníquese con su plan de FEHB. Casi siempre será ventajoso quedarse con su cobertura actual sin hacer cambios. A la mayoría de las personas cubiertas por un plan FEHB, a menos que sea elegible para recibir la Ayuda Adicional, no le conviene inscribirse en una cobertura de Medicare para medicamentos.

> **¡Importante!** Usted no puede dejar su cobertura de medicamentos de FEHB sin perder la cobertura del plan de FEHB para servicios médicos y de hospital.

- Si reúne los requisitos para la Ayuda Adicional, le convendría comparar los costos de un plan de Medicare para medicamentos más la Ayuda Adicional con los de su cobertura de medicamentos de su plan de FEHB.
- Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede conservar su plan FEHB. En la mayoría de los casos, su cobertura de medicamentos de Medicare paga primero.
- Si alguna vez pierde su cobertura de FEHB y necesita inscribirse en una cobertura de Medicare para medicamentos, en la mayoría de los casos no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si lo hace dentro de los 63 días de terminada su cobertura de FEHB. Vaya a las páginas 20–22 para más información sobre la multa por inscripción tardía.

Para más información sobre su plan FEHB con Medicare, visite **OPM.gov/healthcare-insurance/healthcare/medicare** o llame a la Oficina de Administración de Personal al 1-888-767-6738 (TTY: 711). También puede llamar a su plan.

Tengo Medicare y uno de estos que incluye cobertura de medicamentos: TRICARE, CHAMPVA o beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)

- Mientras reúna los requisitos, puede quedarse con su cobertura de medicamentos, CHAMPVA de TRICARE, CHAMPVA o VA. Debe recibir información anual de TRICARE o de VA sobre su cobertura y si es una cobertura de medicamentos acreditable o válida. Lea esta información atentamente y guárdela.
- Antes de realizar cualquier cambio, comuníquese con su administrador de beneficios para obtener información sobre su cobertura de TRICARE, CHAMPVA o VA. Para la mayoría de las personas con cobertura de TRICARE, CHAMPVA o VA, a menos que califique para la Ayuda Adicional, no es aconsejable que se inscriba en un plan de Medicare para medicamentos.
- Si califica para la Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos de Medicare, compare los costos con su cobertura de medicamentos de TRICARE, CHAMPVA o VA:
  - Si tiene TRICARE y se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, su plan de medicamentos de Medicare es el pagador primario y TRICARE paga después.
  - Si tiene CHAMPVA y se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, no podrá usar el programa “Meds by Mail”, que puede enviarle por correo sus medicamentos de mantenimiento sin cargo (sin primas, deducibles ni copagos)
  - Si tiene cobertura de VA y se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, no puede usar ambos tipos de cobertura para el mismo medicamento.

- Si se inscribe en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos, tendrá que obtener sus medicamentos del plan. El plan Medicare Advantage será el pagador primario. TRICARE podría pagar una parte o todo lo que el plan Medicare Advantage no pague si la farmacia del plan es una farmacia de la red de TRICARE que participa en la coordinación de los beneficios electrónicamente.
- Si alguna vez pierde su cobertura de TRICARE, CHAMPVA o VA y necesita inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos, en la mayoría de los casos, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si lo hace dentro de los 63 días de terminada su cobertura de TRICARE, CHAMPVA o VA. Vaya a las páginas 20–22 para más información sobre la multa por inscripción tardía.

Para más información, visite **VA.gov/health-care**, llame al Centro de Servicios de Beneficios de Salud del VA al 1-877-222-VETS (1-877-222-8387) (TTY: 711) o visite su centro médico local del VA.

Para más información sobre el Programa de Farmacia de TRICARE, visite **TRICARE.mil/pharmacy** llame al 1-877-363-1303 (TTY: 1-877-540-6261).

Para más información sobre CHAMPVA, visite **VA.gov/communitycare/programs/dependents/champva** o llame a CHAMPVA al 1-800-733-8387.

Tengo un plan de salud de Medicare sin cobertura de medicamentos

Si tiene un plan Medicare Advantage (MA) u otro plan de salud de Medicare que no incluye cobertura de medicamentos, es posible que desee considerar obtener cobertura de medicamentos de Medicare durante el próximo período de inscripción disponible:

- Consulte si su plan Medicare Advantage ofrece una opción de cobertura Medicare para medicamentos. Si lo hace, puede cambiarse a esa opción.
- Si su plan actual no ofrece dicha cobertura, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare de su zona que ofrezca dicha cobertura.
- Si su plan actual no ofrece la cobertura de medicamentos de Medicare, puede cambiar a Medicare Original e inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos.
- Sólo algunos planes privados de pago por servicio (PFFS) de Medicare (un tipo de plan Medicare Advantage) ofrecen cobertura de medicamentos de Medicare. Si su plan PFFS de Medicare no ofrece cobertura de medicamentos de Medicare, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare para obtener esta cobertura.
- Los planes de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare (un tipo de plan Medicare Advantage) no ofrecen cobertura de medicamentos de Medicare. Si está en un plan MSA de Medicare, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare para obtener cobertura de medicamentos.
  - Si está en un plan MSA de Medicare y en un plan de medicamentos de Medicare, todo el dinero que use de su cuenta del plan MSA en deducibles del plan de medicamentos de Medicare o costos compartidos cuenta para los gastos directos de su bolsillo (vaya a las páginas 16 a 19).
  - Si tiene un plan MSA de Medicare y no tiene un plan de medicamentos de Medicare, puede usar el dinero de su cuenta MSA para medicamentos recetados o de venta libre. Estos gastos no cuentan para el deducible del plan MSA.
- Si su plan de Costos de Medicare no ofrece cobertura de medicamentos de Medicare, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.

Si se queda en un plan que no ofrece la cobertura de medicamentos y no se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos ni tiene otra cobertura de medicamentos acreditable o válida, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si decide inscribirse más adelante. Vaya a las páginas 20 a 22 para más información sobre la multa por inscripción tardía.

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

Tengo un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos

Si tiene cobertura de medicamentos de un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, en la mayoría de los casos, deberá obtener sus medicamentos a través del plan.

- Si tiene un plan Medicare Advantage y se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos, en la mayoría de los casos se le dará de baja de su plan Medicare Advantage y regresará al Medicare Original.
- Si está en un plan de Costos de Medicare, puede obtener su cobertura de medicamentos de Medicare del plan (si se ofrece), o puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte para agregar la cobertura de medicamentos.

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

Tengo Medicare y Medicaid

Deberá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare para que Medicare pague sus medicamentos. Debido a que tiene Medicaid, Medicare automáticamente le brinda Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare y le enviará un aviso **morado**. Guarde este aviso como confirmación de que califica para la Ayuda Adicional.

Si no se ha inscrito en un plan de medicamentos de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos para asegurarse de que tenga cobertura de medicamentos (a menos que ya tenga cierta cobertura de medicamentos para jubilados). Medicare le envía un aviso **amarillo** en el que le informa en qué plan de medicamentos se encuentra y cuándo comienza su cobertura. Si el plan en el que se ha inscrito no satisface sus necesidades, siempre y cuando califique para la Ayuda Adicional, puede cambiar su plan de medicamentos de Medicare en cualquier momento.

Si vive en un centro (como un asilo de ancianos) y tiene Medicare y Medicaid completo, se le inscribirá automáticamente en un plan de medicamentos de Medicare (a menos que elija un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos o un plan de medicamentos de Medicare por su cuenta).

Si surtió alguna receta cubierta antes de que comenzara la cobertura de su plan de medicamentos de Medicare, es posible que pueda recuperar parte del dinero que gastó. Para más información, llame al Programa de Transición para Nuevos Elegibles de Ingresos Limitados (LI NET) de Medicare al 1-800-783-1307 (TTY: 711). Vaya a la página 36 para más información sobre LI NET.

Si no desea la cobertura de medicamentos de Medicare y no desea que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos de Medicare (porque tiene otra cobertura de medicamentos recetados acreditable), llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) y dígales que desea “excluirse” de la cobertura de medicamentos de Medicare.

> **¡Importante!** Si llama al 1-800-MEDICARE y opta por no participar en un plan de medicamentos de Medicare, podría quedarse sin ninguna cobertura de medicamentos. Mientras continúe calificando para la Ayuda Adicional, puede cambiar de opinión e inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare sin pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.

Si continúa calificando para Medicaid, Medicaid aún cubrirá sus otros costos de atención médica que Medicare no cubre. Si no está seguro de si aún califica para Medicaid, llame a su oficina de Asistencia Médica Estatal (Medicaid). Puede obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado visitando Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html.

Tengo Medicare y recibo beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o pertenezco a un Programa de Ahorros de Medicare

Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare y recibe SSI o pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare, Medicare le enviará un aviso **morado** para informarle que califica automáticamente para la Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Si no obtiene la cobertura de medicamentos de Medicare por su cuenta, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare para asegurarse de que tenga cobertura (a menos que ya tenga cierta cobertura de medicamentos para jubilados). Medicare le enviará un aviso **amarillo** o **verde** para que sepa cuándo comienza su cobertura. Siempre y cuando califique para la Ayuda Adicional, puede cambiar de plan de medicamentos de Medicare en cualquier momento durante el año.

Si no desea la cobertura de medicamentos de Medicare y no desea que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos de Medicare (por ejemplo, si tiene otra cobertura de medicamentos recetados acreditable), llame al 1-800-MEDICARE y dígales que desea "excluirse" de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

> **¡Importante!** Si llama al 1-800-MEDICARE y opta por no participar en un plan de medicamentos de Medicare, podría quedarse sin ninguna cobertura de medicamentos. Mientras continúe calificando para la Ayuda Adicional, puede cambiar de opinión e inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare sin pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.

Tengo Medicare y vivo en un hogar de ancianos u otro centro

- **Si vive en un asilo de ancianos u otro centro,** obtendrá sus medicamentos cubiertos de una farmacia de cuidado a largo plazo que trabaje con su plan de medicamentos de Medicare. Esta farmacia generalmente tiene un contrato con (o es propiedad y está operada por) su centro.
- **Si vive en un asilo de ancianos y tiene cobertura completa de Medicaid,** no pagará por sus medicamentos cubiertos después de que Medicaid haya pagado su estadía durante al menos un mes calendario completo.

- **Si se encuentra en un centro de enfermería especializada y recibe atención de enfermería especializada cubierta por Medicare,** la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) generalmente cubrirá sus medicamentos.
- **Mientras viva en un centro,** puede cambiar de plan de medicamentos de Medicare en cualquier momento.
- **Si se muda o sale de un hogar de ancianos u otro centro,** puede cambiar de plan de medicamentos de Medicare en ese momento. En esta situación, las "otras instalaciones" no incluyen la vida asistida, las instalaciones de vida para adultos, los hogares residenciales o cualquier tipo de hogar de ancianos que no esté certificado por Medicare o Medicaid.

Tengo Medicare y el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)

El Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) es un programa de Medicare y Medicaid que ayuda a las personas a satisfacer sus necesidades de servicios de salud en la comunidad en lugar de ir a un asilo de ancianos u otro centro de cuidados.

Si se une a PACE, un equipo de profesionales de la salud trabajará con usted para coordinar su atención.

> **¡Importante! Al inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, se cancelará su inscripción en su plan PACE.** Su plan PACE le brinda **todos** sus servicios médicos, no sólo su cobertura de medicamentos. Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, se cancelará su inscripción en su plan PACE y ya no recibirá otros beneficios médicos a través de PACE. Comuníquese con su plan PACE para más información. Visite es.Medicare.gov/plan-compare/#/pace para encontrar la información de contacto de su plan PACE.

Si tiene cobertura completa de Medicare y Medicaid, usted obtiene medicamentos a través de su plan PACE sin tener que pagar.

Si no califica para Medicaid pero tiene Medicare, pagará una prima por los medicamentos de la Parte D de Medicare a su plan PACE. No hay un deducible ni copago para los medicamentos aprobados por su equipo de atención médica.

Tengo Medicare y recibo ayuda de mi Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)

La mayoría de los estados tienen un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) para ayudar a ciertas personas a pagar los medicamentos recetados. Es posible que algunos SPAP requieran que obtenga cobertura de medicamentos de Medicare, y luego cubrirán los costos de los medicamentos recetados que Medicare no cubre. Dependiendo del programa de su estado, las contribuciones al SPAP podrían contar para el límite de los gastos de bolsillo de su cobertura de medicamentos de Medicare, que es $2,000 en 2025.

Si pertenece a un SPAP, es posible que tenga otra oportunidad cada año de inscribirse en un plan, además del Período de Inscripción Abierta del 15 de octubre al 7 de diciembre. Una vez al año, puede cambiar el plan en el que lo ha inscrito su SPAP. Si pierde sus beneficios de SPAP, tendrá la oportunidad de elegir una cobertura de Medicare para medicamentos

diferente en cualquier momento del mes en que pierde los beneficios y durante dos meses más.

Su SPAP le dará más información sobre cómo la cobertura de medicamentos de Medicare afecta la ayuda que recibe ahora. Encuentre la información de contacto de su SPAP visitando **go.es.Medicare.gov/spap**.

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

La mayoría de los Programas de Ayuda de Medicamentos para el SIDA (ADAP) sólo cubren medicamentos relacionados con el VIH/SIDA. Si no cubren otros medicamentos, **no son** una cobertura de medicamentos acreditable o válida. Si no tiene una cobertura de medicamentos acreditable o válida y retrasa su inscripción en la cobertura de Medicare para medicamentos, cuando se inscriba, tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

Todos los planes de medicamentos de Medicare cubren todos los medicamentos antirretrovirales. Para recibir los beneficios de ADAP, es posible que tenga que inscribirse en la cobertura de Medicare para medicamentos. ADAP puede cubrir las primas, los deducibles, el coseguro y/o los copagos la cobertura de Medicare para medicamentos para ayudarle con los costos. Comuníquese con su ADAP para ver si se requiere que se inscriba en el programa o si le ayudarán a pagar estos costos.

ADAP varía en cada estado, de manera que debe comunicarse con su programa de ADAP para obtener información sobre cómo funciona con la cobertura de medicamentos de Medicare. Las contribuciones de ADAP cuentan para su umbral (o límite) de gastos de bolsillo de su plan de Medicare para medicamentos, que es de $2,000 en 2025.

Tengo Medicare y la cobertura de medicamentos del Servicio de Salud para Indígenas, Tribu u Organización de Salud Tribal o del Programa Urbano de Salud para Indígenas

- Usted y su comunidad pueden beneficiarse si se inscribe en un plan de Medicare. Pregúntele a su proveedor de salud o al coordinador de beneficios si le conviene inscribirse en un plan. Si decide hacerlo, ellos le pueden ayudar a encontrar un plan.
- Si obtiene medicamentos a través de una farmacia de salud para indígenas, no tiene que pagar nada y su cobertura no se verá interrumpida.
- Si tiene la cobertura completa de Medicaid y vive en un asilo para ancianos, no tendrá que pagar nada por la cobertura de medicamentos de Medicare. Para más información sobre cómo inscribirse en un plan, pregúntele a su proveedor de salud para indígenas o verifique con el coordinador de beneficios de su farmacia de salud indígena local.
- Si tiene un seguro médico del Servicio de Salud para Indígenas, Programa de Salud Tribal o Programa Urbano de Salud para Indígenas, tiene una cobertura de medicamentos acreditable o válida. No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos. Pídale a su proveedor de salud para indígenas una carta que indique que tiene cobertura de medicamentos acreditable o válida. Vaya a las páginas 20–22 para más información sobre la multa por inscripción tardía.

Sección 3:

Costos y cobertura

¿Cuánto costará mi cobertura de medicamentos?

Todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud con cobertura de medicamentos deben ofrecer al menos un nivel estándar de cobertura de medicamentos establecido por Medicare. La cantidad que paga por la cobertura de medicamentos depende del plan al que se inscriba, de los medicamentos que tome, de si va a una farmacia en la red de su plan y de si recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos. Comuníquese con el o los planes que le interesan para conocer la información específica de costos.

Los costos de la cobertura de medicamentos incluyen:

- Prima mensual
- Deducible anual
- Copagos o coseguro

Prima mensual

La mayoría de los planes de medicamentos le cobra una prima mensual que varía con cada plan. Si tiene Medicare Original, usted paga esta prima además de la prima que paga por la Parte B. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costos de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de Medicare, la prima mensual puede incluir una cantidad por la cobertura de medicamentos. Si no se inscribe en la Parte D cuando es elegible por primera vez, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (páginas 20 a 22) que se agrega a su prima mensual.

Si sus ingresos superan una cierta cantidad en la información de la declaración de impuestos más reciente que el IRS le dio al Seguro Social, pagará una cantidad adicional además de la prima de su plan. A esto se le llama la Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos de la Parte D (a veces llamado “Parte D-IRMAA”).

El Seguro Social le enviará una carta si tiene que pagar esta cantidad adicional. Si recibe una carta que dice que tiene que pagar una cantidad más alta por su prima de la Parte D y cree que la información es incorrecta, visite SSA.gov/medicare/lower-irmaa. Consulte las tablas a continuación para saber si está afectado y averigüe cuánto tendrá que pagar cada mes.

Si sus ingreso anual en 2023 fue:		Usted paga cada mes (en 2025)
Declaración de impuestos individual	**Declaración de impuestos conjunta**	
$106,000 o menos	$212,000 o menos	la prima de su plan
por encima de $106,000 hasta	above $212,000 up to $266,000	$13.70 + la prima del plan
más de $133,000 hasta	más de $212,000 hasta	$35.30 + la prima del plan
más de $167,000 hasta	por encima de $266,000 hasta	$57.00 + la prima del plan
más de $160,000 y menos de $500,000	más de $320,000 y menos de $750,000	$78.60 + la prima del plan
$500,000 o más	$750,000 o más	$85.80 + la prima del plan

Si sus ingreso anual en 2023 fue:	Usted paga cada mes (en 2025)
Matrimonio que presente una declaración por separado	
$106,000 o menos	la prima de su plan
más de $106,000 hasta $394,000	$78.60 + la prima del plan
$394,000 o más	$85.80 + la prima del plan

La cantidad del ajuste se le descontará de su cheque mensual del Seguro Social, jubilación ferroviaria u Oficina de Gerencia del Personal, independientemente de cómo generalmente pague la prima mensual del plan. Si la cantidad 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 adicional), se le dará de baja de su cobertura para la Parte D. Debe pagar tanto la prima del plan como la cantidad adicional cada mes para conservar su cobertura de medicamentos de Medicare.

Deducible anual

Esta es la cantidad que debe pagar por sus medicamentos recetados antes de que su plan de medicamentos de Medicare pague su parte.

Los deducibles varían entre los planes de medicamentos de Medicare. **Ningún plan de medicamentos de Medicare puede tener un deducible superior a $590 en 2025.** Algunos planes no cobran un deducible. En algunos planes, ciertos medicamentos están cubiertos antes de que alcance su deducible.

Copagos o coseguro

Paga copagos o coseguros para sus medicamentos recetados después de haber pagado el deducible. Usted paga una parte y el plan paga la otra para los medicamentos cubiertos. La cantidad exacta para cada medicamento puede variar porque los planes de medicamentos y los fabricantes pueden cambiar lo que cobran en cualquier momento durante el año.

Su plan puede aumentar el copago o coseguro que usted paga por un medicamento en particular cuando el fabricante aumenta su precio o cuando un plan comienza a ofrecer la forma genérica de un medicamento, pero usted sigue tomando el medicamento de marca.

Con el beneficio estándar de medicamentos, una vez que sus gastos de bolsillo alcancen los $2,000 en 2025 (incluidos ciertos pagos realizados en su nombre, como a través del programa de Ayuda Adicional), no tendrá que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el resto del año calendario.

La cantidad que paga por un medicamento cubierto es generalmente por el suministro de un mes del medicamento. Sin embargo, puede solicitar un suministro de menos de un mes. Esto se podría hacer cuando está probando un medicamento nuevo que se sabe que tiene efectos colaterales significativos o quiere obtener todos sus medicamentos en el mismo programa de resurtido.

Si lo hace, la cantidad que paga se reduce sobre la base de la cantidad que actualmente recibe.

Etapas de la cobertura de medicamentos de Medicare

Debido a la ley de medicamentos recetados, la brecha de cobertura terminó el 31 de diciembre de 2024.

Nuevo para 2025: Límite de gastos de su bolsillo es $2,000 para medicamentos cubiertos por la Parte D.

A partir de 2025, todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos tienen 3 etapas:

- **Etapa del deducible:** Si su plan de Medicare tiene un deducible, usted paga todos los gastos de bolsillo hasta que alcance su deducible. El deducible máximo para los planes de medicamentos es $590 en 2025. Algunos planes de medicamentos de Medicare no tienen un deducible.

- **Etapa de cobertura inicial:** Después de alcanzar su deducible (si su plan tiene uno), pagará el 25% del costo de sus medicamentos genéricos y de marca hasta que los gastos de su bolsillo en medicamentos cubiertos de la Parte D alcancen los $2,000 en 2025 (incluidos ciertos pagos hechos en su nombre, como a través del programa de Ayuda Adicional).
- **Etapa de cobertura catastrófica:** Una vez que los gastos de su bolsillo en medicamentos cubiertos de la Parte D alcancen los $2,000, no tendrá que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el resto del año calendario.

¿Cómo puedo pagar la prima de mi plan?

Puede elegir una de estas opciones para pagar su prima:

- Registrarse para deducir el pago de la prima mensual de su cuenta corriente o de ahorros.
- Cargar la cantidad a una tarjeta de crédito o débito.
- Solicitar a su plan que le envíe una factura mensual directamente. Algunos planes le cobran el mes por adelantado. Envíe su pago al plan, no a Medicare. Para obtener la dirección de pago, comuníquese con su plan.

Retención de fondos de su pago del Seguro Social

También puede optar por que se le retengan fondos de su pago del Seguro Social para pagar la prima de su plan.

Comuníquese con su plan—no con el Seguro Social—para solicitar esta opción de pago. Puede tardar hasta 3 meses en comenzar. En los casos en que las primas no se retuvieron de su pago del Seguro Social hasta 1 o 2 meses después de haberse inscrito en un plan de medicamentos de Medicare, recibirá una factura por los meses en que no se retuvieron las primas de su plan de medicamentos. Deberá pagar la prima mensual de su plan de medicamentos directamente a su plan durante esos meses. Su plan le dirá cuándo está configurado el pago de su prima.

Si califica para la Ayuda Adicional, este cubrirá algunas o todas las primas de su cobertura de medicamentos. El Seguro Social puede retener automáticamente su parte de las primas mensuales.

Si se cambia a otro plan ofrecido por la misma compañía, aún necesita ponerse en contacto con su nuevo plan para informarles que desea que le retengan las primas de su pago del Seguro Social. Deberá pagar las primas directamente al nuevo plan hasta que comience la retención de primas con su nuevo plan.

Nota: Si cambia a un nuevo plan hacia el final de la Inscripción Abierta de Medicare, en algunos casos la retención de la prima de su plan anterior podría continuar hasta enero o febrero. Si eso sucede, el Seguro Social le reembolsará esa cantidad.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

A partir de 2025, esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos de su bolsillo de medicamentos, distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero-diciembre). Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos. Si selecciona esta opción de pago, cada mes continuará pagando la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos para pagar sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Todos los planes ofrecen esta opción de pago y la participación es voluntaria. Es gratis participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Comuníquese con su plan o visite **es.Medicare.gov/prescription-payment-plan** para más información y averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

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

La multa por inscripción tardía es la cantidad que se agrega permanentemente a la prima que paga por la Parte D. Tendrá que pagar esta multa si en cualquier momento después de que termine su período inicial de inscripción transcurre un lapso de 63 días seguidos durante el cual usted no tuvo una cobertura válida de medicamentos ni la Parte D. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de medicamentos.

Nota: Si recibe Ayuda Adicional (páginas 30–37), no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.

¿Cuál es la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Actualmente, la cantidad se calcula multiplicando el 1% de la "prima básica nacional" ($36.78 en 2025) por el número de meses sin cobertura en los que fue elegible para inscribirse en la cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D) y no lo hizo, ni tuvo otra cobertura válida de medicamentos.

La cantidad final se redondea al punto decimal más próximo ($.10) y se agrega a su prima mensual. La "prima básica nacional del beneficiario" puede aumentar o disminuir cada año.

Ejemplo:
Si esperó 14 meses después de ser elegible para Medicare para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y no tenía una cobertura de medicamentos acreditable o válida, tendrá que pagar una multa del 14% por inscripción tardía además de la prima mensual de su plan. **Esta multa mensual se agrega durante el tiempo que tenga cobertura de medicamentos de Medicare, incluso si cambia de plan.**

Cálculo:
0.14 (multa del 14%) x **$36.78** (prima base nacional del beneficiario para 2025) = **$5.15**
$5.15 redondeado al $0.10 más cercano = **$5.20**
$5.20 = su multa mensual para 2025. Esta cantidad se agrega a su prima mensual del plan.

Cuando se inscribe en la cobertura de Medicare para medicamentos, el plan le avisará si tiene que pagar una multa y cuánto pagará de prima.

¿Cómo evito pagar la penalidad?

- **Inscríbase en un plan de medicamentos de Medicare o en un plan de salud con cobertura de medicamentos cuando sea elegible por primera vez** (vaya a las páginas 4 y 5), a menos que tenga otra cobertura de medicamentos recetados acreditable en ese momento.
- **No pase 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos de Medicare u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.** La cobertura acreditable de medicamentos puede incluir la cobertura de un empleador o sindicato anterior, TRICARE, Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), Programa Médico y de Salud Civil del Departamento de Asuntos de Veteranos (CHAMPVA), Servicio de Salud Indígena (IHS) o Mercado de Seguros Médicos. Su plan le avisará cada año si la cobertura que tiene es válida. Guarde esta información porque es posible que la necesite si obtiene cobertura de medicamentos más adelante.
- **Cuando se inscriba, avísele a su plan de Medicare para medicamentos si tiene otra cobertura de medicamentos acreditable o válida.** Cuando se inscriba en un plan, podría recibir una carta preguntándole si tiene cobertura de medicamentos acreditable o válida si el plan sospecha que ha pasado 63 días seguidos otra cobertura acreditable. Llene el formulario y devuélvaselo al plan para la fecha indicada en la carta. Si no le avisa a su plan de su cobertura de medicamentos acreditable o válida, es posible que tenga que pagar la multa por inscripción tardía.

¿Qué sucede si estoy en desacuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D?

- Es posible que pueda pedirle a su plan una "reconsideración". Su plan puede enviarle información sobre cómo solicitar una reconsideración.
- Complete el formulario y devuélvalo a la dirección o al número de fax en el formulario. Debe hacerlo dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía (sin embargo, puede solicitar una extensión). Envíe pruebas para justificar su caso, como una copia de su aviso de cobertura válida de un empleador o sindicato.
- El contratista de Medicare toma las decisiones de reconsideración antes de transcurridos 90 días. El contratista intentará tomar una decisión lo antes posible. Si existen factores que lo ameriten, el contratista de Medicare puede demorar 14 días más en resolver su caso.
- Por ley, la multa por inscripción tardía de la Parte D es parte de la prima, por lo que **debe pagar la multa con su prima, incluso si no está de acuerdo con ella. También debe pagar la multa incluso si ha solicitado una reconsideración, mientras espera una decisión.** Los planes de Medicare pueden cancelar la inscripción de los miembros que no paguen sus primas, incluida la parte de la prima que incluye la multa por inscripción tardía.

¿Qué sucede si el contratista de Medicare decide que la penalidad no está justificada?

Si el contratista de Medicare decide que la totalidad o parte de su multa por inscripción tardía de la Parte D es incorrecta, se le enviará a usted y a su plan de medicamentos una carta explicando su decisión. Su plan de medicamentos de Medicare eliminará o reducirá su multa por inscripción tardía. El plan le enviará una carta en la que se le mostrará el monto correcto de la prima y se le explicará si recibirá un reembolso.

¿Qué sucede si el contratista de Medicare decide que la penalidad está justificada?

Si el contratista de Medicare decide que su penalidad de inscripción tardía está justificada, el contratista de Medicare le enviará una carta explicando la decisión.

¿Qué medicamentos están cubiertos?

Todos los planes deben cubrir una amplia gama de medicamentos para las personas con Medicare. Cada plan puede cubrir diferentes medicamentos, por lo que no hay una lista única de medicamentos cubiertos que se adapte a todos los planes.

La autorización previa, la terapia escalonada y los límites de cantidad son algunas de las reglas de cobertura que los planes utilizan para asegurarse de que ciertos medicamentos se usen correctamente y sólo cuando sean médicamente necesarios. Estas reglas de cobertura se describen en las siguientes páginas.

¿En qué se diferencia la cobertura de la Parte D de la cobertura de la Parte B para ciertos medicamentos?

La Parte B de Medicare (seguro médico) incluye cobertura limitada de medicamentos. No cubre la mayoría de los medicamentos que se compran en la farmacia. Deberá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud con cobertura de medicamentos para obtener la cobertura de Medicare para la mayoría de los medicamentos recetados. La Parte D también cubre todas las vacunas disponibles comercialmente cuando son médicamente necesarias para prevenir enfermedades, como para el herpes zóster, el VRS, el tétanos, la difteria y la tos ferina.

Estos son algunos ejemplos de medicamentos cubiertos por la Parte B:

- Inyecciones que se administran en el consultorio del médico
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer
- Medicamentos que se usan con algunos tipos de equipos médicos duraderos (como un nebulizador o una bomba de infusión externa)
- Ciertos medicamentos que se obtienen en un entorno ambulatorio, en circunstancias muy limitadas

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para estos medicamentos cubiertos.

La Parte B también cubre las vacunas contra la gripe, vacunas antineumocócicas y contra el COVID-19. Medicare también cubre las vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo medio o alto de contraer hepatitis B. Usted no paga (y el deducible de la Parte B no se aplica) por estas vacunas.

Visite **es.Medicare.gov/coverage/prescription-drugs-outpatient** para más información sobre los medicamentos cubiertos por la Parte B.

Nota: La Parte A de Medicare (seguro de hospital) o la Parte B en general no cubren los medicamentos de autoadministración que recibe como paciente ambulatorio como en una sala de emergencias, unidad de observación, centro de cirugías o clínica del dolor. Su plan de Medicare para medicamentos puede cubrir estos medicamentos en determinadas circunstancias. Es probable que tenga que pagar de su bolsillo el costo total de estos medicamentos y luego enviar una reclamación para recibir un reembolso de la parte que no

se cubrió. Llame a su plan si tiene preguntas. Visite **es.Medicare.gov/coverage/prescription-drugs-outpatient** para más información sobre cómo la Parte B de Medicare cubre los medicamentos de autoadministración que recibe en el hospital como paciente ambulatorio

¿Qué sucede si tengo una enfermedad renal en etapa final (ESRD)?

Si padece de enfermedad renal en etapa final (ESRD), puede obtener la cobertura de medicamentos de Medicare. Medicare Parte B (seguro médico) pagará algunos de los medicamentos que necesita, como los medicamentos inyectables y sus formas orales, y productos biológicos, incluidos agentes estimulantes de la eritropoyesis utilizados para diálisis. La Parte D continuará cubriendo la mayoría de los medicamentos relacionados con ESRD que están disponibles solo en forma oral.

Visite **es.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease** para más información si tiene ESRD. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1877-486-2048).

¿Qué es una lista de medicamentos (formulario)?

La lista de medicamentos que cubre un plan se llama un "formulario". Todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud con cobertura de medicamentos deben asegurarse de que las personas en su plan puedan obtener los medicamentos médicamente necesarios para tratar sus afecciones. Cada lista de medicamentos incluye al menos 2 medicamentos en las categorías y clases de medicamentos recetados con más frecuencia, pero los planes pueden elegir qué medicamentos cubrirán.

Todos los planes deben incluir la mayoría de los medicamentos en ciertas clases protegidas en su lista de medicamentos. Las clases protegidas incluyen:

- Anticonvulsivos
- Antidepresivos
- Antipsicóticos
- Medicamentos para el cáncer
- Medicamentos para el VIH/SIDA
- Inmunosupresores para trasplantes de órganos

Es posible que la lista de medicamentos de su plan no incluya un medicamento específico. Sin embargo, en la mayoría de los casos, debería estar disponible un medicamento similar. Si usted o su médico creen que ninguno de los medicamentos de la lista de medicamentos de su plan funcionará para su afección, puede solicitar una excepción.

Un plan Medicare para medicinas puede hacer algunos cambios en lista de medicamentos durante el año si sigue las pautas establecidas por Medicare. Su plan puede cambiar su lista de medicamentos durante el año debido a cambios en los tratamientos farmacológicos, lanzamiento de nuevos medicamentos recetados o disponibilidad de nueva información médica

Los planes pueden eliminar inmediatamente los medicamentos de sus formularios si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) los considera inseguros.
- Su fabricante los retira del mercado.

Para otros cambios relacionados con un medicamento recetado que esté tomando actualmente y que lo afectarán durante el año, su plan debe realizar **una** de las siguientes acciones:

- Notificarle por escrito al menos **30 días** antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.
- En el momento en que va a comprar el medicamento, notificarle por escrito acerca del cambio y darle como mínimo un suministro para un mes del medicamento aplicando las normas vigentes antes del cambio.

Es posible que tenga que cambiar de medicamento o pagar más por él. También puede solicitar una excepción. Visite **es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans** para más información.

Niveles

Para reducir los costos, muchos planes colocan los medicamentos recetados en diferentes "niveles" en sus listas de medicamentos. Cada plan puede dividir sus niveles de distintas maneras. Cada nivel tiene un costo diferente. En general, un medicamento incluido en un nivel más bajo le costará menos que un medicamento de un nivel más alto.

Ejemplo de los niveles de un plan de medicamentos (los niveles de su plan pueden ser diferentes):

- Nivel 1—copago más bajo: La mayoría de los medicamentos recetados genéricos
- Nivel 2—copago medio: Medicamentos recetados de marca preferidos
- Nivel 3—copago más alto: Medicamentos recetados de marca no preferidos
- Nivel de especialidad—el copago más alto: Medicamentos recetados de muy alto costo

Es posible que la lista de medicamentos de su plan no incluya el que usted toma. Sin embargo, en la mayoría de los casos, puede obtener uno similar que sea igual de eficaz.

En algunos casos, si su medicamento está en un nivel más alto (más caro) y su médico cree que necesita ese medicamento en lugar de un medicamento similar en un nivel más bajo, puede presentar una excepción para obtener un coseguro o copago más bajo para el medicamento en el nivel superior. **Los planes pueden cambiar su lista de medicamentos en cualquier momento.** Su plan debe notificarle de cualquier cambio en su lista de medicamentos que afecte a los medicamentos que está tomando.

Medicamentos de marca y genéricos

Tanto los medicamentos de marca como los genéricos deben ser aprobados por la FDA antes de que puedan recetarse a las personas. Los medicamentos de marca se comercializan con nombres patentados y protegidos por patentes. Cuando esas patentes se agotan, otras compañías a menudo producirán versiones genéricas que usan los mismos ingredientes activos. Los medicamentos genéricos son copias de las de marca y son iguales a esas de marca en:

- Dosis
- Uso pretendido
- Características de rendimiento
- Calidad
- Vía de administración

- Seguridad
- Potencia

Los Medicamentos genéricos deben demostrarle a la FDA que su producto funciona de la misma manera que el medicamento de marca. En algunos casos, puede no existir un medicamento genérico que sea igual al medicamento de marca que toma, pero puede haber otro medicamento genérico que tendrá el mismo efecto para usted. Hable con su médico o proveedor que le receta.

Los planes que cumplen con ciertos requisitos pueden reemplazar los medicamentos de marca en sus listas de medicamentos con nuevos medicamentos genéricos tan pronto como el genérico esté disponible. También pueden cambiar el costo o las reglas de cobertura para los medicamentos de marca si agregan nuevos medicamentos genéricos. Si está tomando uno de estos medicamentos, su plan le notificará después de que el medicamento haya sido reemplazado o eliminado de su lista de medicamentos.

Productos biológicos y biosimilares

Un producto biológico es un medicamento de prescripción que se elabora de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras.

Un biosimilar es un producto biológico que debe ser altamente similar al producto original y no tener diferencias clínicamente significativas en términos de seguridad y eficacia.

Una farmacia puede sustituir el producto biológico original por un producto biológico intercambiable sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Usted puede ahorrar dinero al usar biosimilares en vez de productos biológicos originales. Consulte con su proveedor para determinar si una versión biosimilar de un producto biológico es la adecuada para usted.

Normas de cobertura

Los planes de medicamentos de Medicare pueden tener algunas o todas estas normas para los medicamentos que toma:

- Autorización previa
- Terapia en etapas
- Límites de cantidad
- Controles de seguridad de los medicamentos, programas de manejo de medicamentos para un uso más seguro de los analgésicos opioides y programas de manejo de terapia con medicamentos (MTM) para personas con necesidades de salud complejas

Cuando comienza su cobertura de medicamentos, es posible que obtenga un surtido de transición, un suministro único de 30 días de un medicamento que ha estado tomando y que su plan no cubre o requiere autorización previa/terapia escalonada. Consulte con su plan para conocer sus normas de cobertura específicas.

Autorización previa

La autorización previa es la aprobación que usted y/o su médico deben obtener de un plan de medicamentos para ciertos medicamentos antes de que su plan los cubra. Puede que quien emita su receta deba demostrar que es necesario por razones médicas que el plan cubra determinado medicamento.

Los planes también pueden usar la autorización previa cuando sólo cubren un medicamento para algunas afecciones médicas para las que está aprobado, pero no para otras. Cuando esto sucede, es probable que los planes tengan otros medicamentos en su lista de medicamentos para las otras afecciones médicas para las que su médico está usando el medicamento.

Usted o su médico pueden solicitar una excepción a la autorización previa. Su recetador autorizado debe presentar una declaración que sustente la solicitud, que incluya su creencia de que:

- Debido a su condición médica, es médicamente necesario que usted esté en el medicamento, incluso si no cumple con los requisitos de autorización previa del plan.
- Tendrá efectos negativos en la salud si toma un Medicamentos diferente.
- Un medicamento diferente sería menos eficaz.

Terapia en etapas/pasos

La terapia escalonada es un tipo de autorización previa que requiere que pruebe un determinado medicamento menos costoso de la lista de medicamentos del plan que ha demostrado ser eficaz para la mayoría de las personas con su afección, primero, antes de que pueda subir un "escalón" a un medicamento más costoso. Algunos planes pueden requerir que intente:

- Un medicamento genérico o un biosimilar (si está disponible).
- Un producto biológico en su lista de medicamentos.

Usted o la persona que emite la receta pueden solicitar una excepción a la terapia escalonada. Su recetador autorizado debe presentar una declaración que sustente la solicitud, que incluya su creencia de que:

- Debido a su afección médica, es necesario por razones médicas que usted reciba un medicamento más costoso sin probar primero el medicamento menos costoso.
- Tendrá efectos adversos para la salud si toma el medicamento menos costoso.
- El medicamento menos costoso sería menos eficaz.

Visite **es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans** para saber cómo solicitar una excepción. Si se aprueba la excepción, su plan cubrirá el medicamento más costoso, incluso si no probó primero el medicamento menos costoso.

Ejemplo:

- **Paso 1:** La Dra. Smith desea recetar un inhibidor ACE para tratar la insuficiencia cardíaca del Sr. Mason. Hay más de un tipo de inhibidor ACE. El plan del Sr. Mason requiere que use primero un inhibidor ACE de menor costo antes de probar uno más caro, porque el medicamento de menor costo es efectivo para la mayoría de las personas.

- **Paso 2:** Si el Sr. Mason toma el medicamento de menor costo pero tiene efectos secundarios o una mejoría limitada, el Dr. Smith puede dar esa información al plan y pedirles que cubran un medicamento de mayor costo que el Dr. Smith quiera recetar. Si se aprueba la solicitud de excepción, el plan de Medicare del Sr. Mason avanzará al siguiente paso para cubrir el medicamento de mayor costo.

Límites de cantidad

Los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren durante un cierto período de tiempo, por razones de seguridad y costo. Por ejemplo, es posible que un plan sólo cubra 30 tabletas de un medicamento por mes.

Usted o su médico pueden comunicarse con el plan para solicitar una excepción si su médico cree que, debido a su afección médica, un límite de cantidad no es médicamente apropiado (por ejemplo, su médico cree que necesita una dosis más alta). Visite **es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans** para saber cómo solicitar una excepción.

Controles de seguridad

Antes de que la farmacia surta sus recetas, su plan y su farmacia realizan controles de seguridad adicionales, como:

- Verificar las interacciones de los medicamentos y si hay dosis incorrectas
- Verificar posibles cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor (como oxicodona e hidrocodona)
- Limitar el suministro diario de una primera receta de opioides a un suministro inicial de 7 días o menos
- Limitar el uso de opioides al mismo tiempo que las benzodiacepinas (como alprazolam (Xanax®), diazepam (Valium®) o clonazepam (Klonopin®), comúnmente utilizados para la ansiedad y el sueño

Los medicamentos opioides para el dolor pueden ayudar con ciertos tipos de dolor, pero tienen riesgos y efectos secundarios (como dependencia, sobredosis y muerte). Estos pueden aumentar cuando se toman opioides junto con otros medicamentos, como benzodiazepinas, medicamentos anticonvulsivos, gabapentina, relajantes musculares, ciertos antidepresivos y medicamentos para problemas de conciliación del sueño. Consulte con su médico o farmacéutico si tiene preguntas sobre los riesgos o los efectos secundarios.

Si su farmacia no puede surtir su receta tal como está escrita, el farmacéutico le dará un aviso en el que se le explicará cómo usted o su médico pueden llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción a una regla de cobertura del plan. Si su salud lo requiere, puede pedirle al plan una decisión de cobertura rápida. También puede pedirle a su plan una decisión antes de ir a la farmacia. Visite **es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans** de medicamentos para saber cómo solicitar una excepción.

Programas de administración de medicamentos

Los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud con cobertura de medicamentos tienen un programa de administración de medicamentos para ayudar a las personas en riesgo de abuso de medicamentos recetados. Si obtiene recetas de opioides de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, su plan puede consultar con sus médicos para asegurarse de que necesita estos medicamentos y que los está usando de manera segura.

Si el plan decide que su uso de opioides y benzodiacepinas recetados podría no ser seguro, el plan podría limitar su cobertura de estos medicamentos bajo el programa de administración de medicamentos. Es posible que el plan requiera que usted reciba estos medicamentos solo de ciertos médicos o farmacias para coordinar mejor su atención médica.

El plan le enviará una carta antes de colocarlo en el programa de administración de medicamentos. Usted podrá indicarle al plan de qué médicos o farmacias prefiere obtener opioides y benzodiacepinas recetados, así como cualquier otra información que considere importante y que el plan debería conocer. Su plan le enviará otra carta con su decisión.

Usted y el médico tienen derecho a apelar si no están de acuerdo con la decisión del plan. La carta de su plan le indicará cómo comunicarse con el plan si tiene preguntas o desea apelar.

Nota: Las revisiones de seguridad de los opioides y los programas de manejo de medicamentos generalmente no se aplican si usted tiene cáncer o anemia falciforme, recibe cuidados paliativos o de final de la vida, está en un hospicio o vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Consejos importantes si le recetan opiáceos

- Los medicamentos opioides pueden ser una parte importante del manejo del dolor, pero también pueden tener serios riesgos para la salud si se usan incorrectamente.
- Nunca tome más opioides de los que se le han recetado. Además, hable con su doctor sobre cualquier otro medicamento para el dolor (con o sin receta) que esté tomando.
- Descarte y almacene de manera segura los opioides recetados no utilizados a través del programa de devolución de medicamentos de su comunidad o del programa de devolución por correo de su farmacia.
- Hable con su proveedor sobre:
  - Tener naloxona en casa. Naloxone es un medicamento que Medicare cubre y que su doctor puede recetar como medida de seguridad para revertir rápidamente los efectos de una sobredosis de opioides.
  - Su dosis y la cantidad de tiempo que tomará opioides. Más adelante, usted y su médico pueden decidir si le será o no necesario tomar la receta completa.
  - Otras opciones que Medicare cubre para tratar su dolor, como medicamentos y dispositivos no opioides, fisioterapia, acupuntura para el dolor lumbar, psicoterapia individual y grupal, servicios de integración de salud conductual y más.

Administración de Terapia con Medicamentos

Los planes con cobertura de medicamentos de Medicare deben ofrecer servicios de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a las personas que cumplen con ciertos requisitos o que están en un programa de administración de medicamentos. Si reúne los requisitos, puede obtener estos servicios sin costo alguno para ayudarlo a comprender cómo administrar sus medicamentos y tomarlos de manera segura. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar sus medicamentos.

A través del MTM, puede obtener:

- Una revisión integral de sus medicamentos y los motivos por los que los toma.
- Un resumen escrito de su revisión de medicamentos con su médico o farmacéutico.
- Una lista de tareas recomendadas y una lista de medicamentos para ayudarle a hacer el mejor uso de sus medicamentos (habrá espacio para que tome notas o anote cualquier pregunta de seguimiento).

Si toma muchos medicamentos para más de una afección crónica, comuníquese con su plan de medicamentos para obtener detalles específicos y averiguar si es elegible para un programa de MTM.

Recuerde: Lleve su lista de medicamentos con usted cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de la salud, o si va al hospital o sala de emergencias.

Sección 4:

Programa de Ayuda Adicional de Medicare

La Ayuda Adicional es un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar las primas, deducibles, coseguro y otros costos de la cobertura de medicamentos de Medicare.

Algunas personas califican para la Ayuda Adicional automáticamente, mientras que otras necesitan solicitarla.

Nota: La Ayuda Adicional no está disponible en Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, las Islas Marianas del Norte o Samoa Americana. Sin embargo, hay otros programas disponibles en esas áreas para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados.

Comuníquese con la oficina de Asistencia Médica del Estado (Medicaid) para más información. Puede obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado visitando Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip/index.html.

¿Qué cubre la Ayuda Adicional?

Si recibe Ayuda Adicional en 2024, pagará:

- $0 por la prima y el deducible de su plan de medicamentos de Medicare
- Hasta $4.50 por cada medicamento genérico
- Hasta $12.15 por cada medicamento de marca
- $0 por cada medicamento cubierto una vez que el total de sus gastos de bolsillo (incluidos ciertos pagos realizados en su nombre, como a través del programa de Ayuda Adicional) alcance los $2,000

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (si tiene una) mientras reciba Ayuda Adicional.

¿Quiénes reciben Ayuda Adicional automáticamente?

Recibirás Ayuda Adicional automáticamente si obtienes:

- Cobertura total de Medicaid
- Ayuda estatal para pagar sus primas de la Parte B (de un Programa de Ahorros de Medicare)
- Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) del Seguro Social

Si recibe Ayuda Adicional automáticamente, recibirá un aviso púrpura, amarillo o verde que le indicará cuánto pagará y que Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare (si aún no tiene uno).

Su elegibilidad para recibir Ayuda Adicional se revisa cada año. Si cumple con los límites de ingresos y recursos para el próximo año, seguirá recibiendo Ayuda Adicional.

Recibirá un nuevo aviso si ya no califica para la Ayuda Adicional el próximo año, o si lo cambian a un plan diferente para el próximo año.

Si no recibe un aviso de Medicare o del Seguro Social, mantendrá su Ayuda Adicional y el mismo plan de medicamentos para el próximo año.

Nota: Si no califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional el próximo año, es posible que aún pueda ahorrar en los costos de sus medicamentos de Medicare. Debe solicitar Ayuda Adicional para averiguarlo.

¿Qué sucede si tengo cobertura de medicamentos para jubilados de un empleador o sindicato anterior y califico para la Ayuda Adicional?

Si tiene cobertura de empleador o sindicato y se inscribe en la cobertura de medicamentos de Medicare, puede perder la cobertura de su empleador o sindicato (para usted y sus dependientes) incluso si califica para Ayuda Adicional. Llame al administrador de beneficios de su empleador antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos de Medicare. Si no desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente, llame al plan que figura en su carta. Dígales que no desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare (desea “optar por no participar”).

¿Qué debo hacer si mi situación cambia?

Comuníquese con el Seguro Social si tiene un cambio en sus ingresos, recursos o tamaño de su familia. Cualquier cambio que afecte a su Ayuda Adicional comienza el 1 de enero del año siguiente. Comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Si solicitó y calificó para la Ayuda Adicional a través de su estado, es posible que las normas de su estado requieran que les informe sobre los cambios en sus circunstancias. Comuníquese con la oficina de Asistencia Médica del Estado (Medicaid) para obtener más información. Visite **Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip/index.html** para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado.

¿Quién puede solicitar Ayuda Adicional?

En la mayoría de los casos, para obtener Ayuda Adicional debe tener ingresos y recursos por debajo de cierto límite. Estos límites pueden cambiar cada año. Incluso si no califica para recibir Ayuda Adicional, puede volver a solicitar Ayuda Adicional en cualquier momento durante el año si sus ingresos y recursos cambian.

Visite SSA.gov/medicare/part-d-extra-help para solicitar Ayuda Adicional. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) local para obtener ayuda gratuita para presentar la solicitud. Visite shiphelp.org para obtener el número de teléfono de su SHIP.

Nota: Puede solicitar Ayuda Adicional y Programas de Ahorros de Medicare (MSP) al mismo tiempo. Los MSPs brindan ayuda con otros costos de Medicare, como las primas y deducibles de la Parte B. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP a menos que usted les indique que no lo hagan en su solicitud de Ayuda Adicional. Obtenga más información sobre los programas de ahorros de Medicare en es.Medicare.gov/basics/costs/help/medicare-savings-programs.

Límites de ingresos y recursos en 2024 para todos los estados (excepto Alaska y Hawái) y DC

Su situación:	Límite de ingresos:	Límite de recursos:
Individual	$22,590	$17,220
Matrimonio	$30,660	$34,360

Límites de ingresos y recursos en 2024 para Alaska

Su situación:	Límite de ingresos:	Límite de recursos:
Individual	$28,215	$17,220
Matrimonio	$38,310	$34,360

Límites de ingresos y recursos en 2024 para Hawái

Su situación:	Límite de ingresos:	Límite de recursos:
Individual	$25,965	$17,220
Matrimonio	$35,250	$34,360

¿Qué cuentan los estados para los límites de ingresos y recursos?

Qué estados cuentan para los límites de ingresos

Cuenta:

- Pensión alimenticia
- Anualidades
- Ganancias de trabajo por cuenta propia
- Pensiones
- Beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)
- Ingresos de alquiler
- Beneficios del Seguro Social
- Beneficios para veteranos
- Salarios
- Compensación laboral

No cuenta:

- Ayuda de otros para pagar los gastos del hogar
- Asistencia en caso de desastre
- Pagos del crédito tributario por ingreso del trabajo
- Asistencia para energía del hogar
- Asistencia para la vivienda
- Tratamiento médico y medicamentos
- Becas y ayudas educativas
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Pagos de compensación a las víctimas

Qué estados cuentan para los límites de recursos

Cuenta:

- Dinero en efectivo que tiene en su hogar u otro lugar
- Dinero en una cuenta corriente, de ahorro o de jubilación
- Valor de una propiedad que no sea su residencia principal (la casa donde vive)
- Acciones, bonos, bonos de ahorro, fondos mutuos

No cuenta:

- Una parcela para sepultura
- Muebles
- Artículos personales y del hogar
- Sus automóviles
- Hasta $1,500 para gastos de sepelio si ha separado ese dinero
- Su residencia principal

Para otros tipos de ingresos y recursos que se tienen en cuenta y los que están excluidos, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778) para más información sobre los límites de ingresos y recursos.

¿Cómo funcionan estos límites para las parejas casadas?

- Si está casado y vive con su cónyuge, tanto sus ingresos como sus recursos cuentan, incluso si sólo uno de ustedes solicita Ayuda Adicional.

  Nota: Las parejas casadas que viven juntas y solicitan Ayuda Adicional a través del Seguro Social pueden usar la misma solicitud (SSA-1020) disponible en SSA.gov/medicare/part-d-extra-help.
- Si está casado y no vive con su cónyuge, sólo cuentan sus ingresos y recursos.

Incluso si sus ingresos anuales son más altos, aún puede calificar para la Ayuda Adicional si usted o su cónyuge cumplen con una de estas condiciones:

- Apoyas a otros familiares que viven contigo.
- Usted tiene ingresos por su trabajo.
- Vive en Alaska o Hawái.

¿Qué pasa si mi estado civil cambia?

Comuníquese con el Seguro Social si tu estado civil cambia de una de estas maneras:

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

Un cambio en su estado civil podría afectar su Ayuda Adicional. Cualquier cambio comenzará el mes siguiente a que lo informe al Seguro Social. Comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

¿Qué sucede una vez que comienzo a recibir Ayuda Adicional?

Si aún no tiene un plan de medicamentos de Medicare, lo inscribiremos en uno para que pueda obtener ayuda con los costos de sus medicamentos.

Recibirá un aviso por correo informándole:

- Sobre su nuevo plan. Averigüe si el plan cubre los medicamentos y las farmacias que usa. Puede elegir otro plan de medicamentos de Medicare si lo desea.
- Que recibirá Ayuda Adicional por el resto del año calendario. Incluso si sus ingresos cambian a mitad de año, seguirá recibiendo Ayuda Adicional hasta el 31 de diciembre.

Visite es.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/mailings/help para más información sobre las cartas que puede recibir sobre la Ayuda Adicional

¿Qué pasa si Medicare me inscribe en un plan de medicamentos que no es adecuado para mí?

Si recibe Ayuda Adicional, puede hacer cambios en su cobertura una vez al mes calendario. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

(**Nota:** La mayoría de las personas con Medicare sólo pueden hacer cambios en su cobertura de medicamentos en ciertas épocas del año.)

¿Qué sucede si recibo Ayuda Adicional y creo que estoy pagando la cantidad incorrecta por mis medicamentos?

Debe comunicarse con su plan de medicamentos si está recibiendo Ayuda Adicional y cree que está pagando la cantidad incorrecta por sus medicamentos. El plan podría solicitar pruebas de que recibe Ayuda Adicional para poder corregir sus costos. Ejemplos de prueba de que recibe Ayuda Adicional son:

- La carta de Medicare que indica si califica para la Ayuda Adicional o si la Ayuda Adicional cambiará el año que viene. Este aviso estará en papel amarillo, verde, morado o naranja.
- La carta de otorgamiento del Seguro Social (si recibe beneficios del Seguridad de Ingreso Suplementario o SSI).

- **Si tiene Medicaid:**
  - Cualquier documento de su estado que muestre que tiene Medicaid, como su tarjeta de Medicaid o su carta de concesión de Medicaid.
  - Otros documentos, como una copia impresa de un archivo de inscripción electrónica estatal o una impresión de pantalla del sistema Medicaid de su estado.
  - La fecha en que llamó a su agencia estatal de Medicaid para confirmar su cobertura de Medicaid, el nombre y número de teléfono del miembro del personal estatal que confirmó el período de Medicaid y las fechas de elegibilidad de Medicaid confirmadas en la llamada.
- **Si tiene Medicaid y vive en un centro de cuidado a largo plazo (como un asilo de ancianos) o recibe servicios en el hogar o en la comunidad:**
  - Una factura del centro o una copia del documento del estado que indica que Medicaid pagó por su estadía el mes anterior.
  - Un documento estatal que muestre que tiene Medicaid y está recibiendo servicios en el hogar y en la comunidad.
  - Prueba de una farmacia de que facturaron a Medicaid y que Medicaid pagó.

También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048). Una vez se confirme que recibe Ayuda Adicional, podremos ayudarle a resolver los problemas con su plan.

Nota: Infórmele a su plan cuántos días de medicamento le quedan. Su plan y Medicare intentarán solucionar el problema antes de que se le acabe.

¿Qué pasa si no califico para recibir Ayuda Adicional?

Puede solicitar o volver a solicitar Ayuda Adicional en cualquier momento, si sus ingresos y recursos cambian.

Si no califica para la Ayuda Adicional, aún puede elegir e inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare que satisfaga sus necesidades. Tendrá que pagar la prima mensual, el deducible anual (algunos planes no tienen deducible) y cualquier copago o coseguro por sus medicamentos recetados.

Nota: Incluso si no califica para la Ayuda Adicional ahora, asegúrese de obtener cobertura de medicamentos de Medicare u otra cobertura acreditable cuando sea elegible por primera vez para Medicare, para evitar pagar la multa por inscripción tardía de por vida de la Parte D. Vaya a las páginas 20–22 para más información.

¿Cuáles son mis derechos si me niegan la Ayuda Adicional?

Si se rechaza su solicitud de Ayuda Adicional, tiene derecho a apelar la decisión. El Seguro Social le dará una audiencia por teléfono a menos que elija una revisión de caso. De cualquier manera, revisarán las partes de la decisión que usted cree que son incorrectas y analizarán cualquier información nueva que proporcione. El Seguro Social también puede revisar las partes que crea que son correctas. Alguien del Seguro Social que no participó en la primera decisión decidirá su caso.

Para solicitar una apelación, vaya a **SSA.gov/forms/ssa-1021.pdf** para obtener una copia del formulario SSA-1021 ("Apelación de determinación de ayuda adicional con los costos del plan de medicamentos recetados de Medicare") e instrucciones sobre cómo llenarlo. Si necesita ayuda para llenar este formulario, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Si desea apelar la decisión, recuerde que:

- Tiene 60 días para presentar una apelación.
- Sus 60 días comienzan el día después de recibir una carta del Seguro Social negando su solicitud. El Seguro Social asumirá que recibió la carta 5 días después de la fecha que figura en ella, a menos que les demuestre que no la recibió dentro del período de 5 días.
- Puede pedirle ayuda a un abogado, amigo u otra persona, como se indica en el formulario.

¿Qué es el Programa de Transición de Ingresos Limitados para Nuevos Elegibles (LI NET) de Medicare?

El Programa de Transición para Personas Recién Elegibles con Ingresos Limitados (LI NET) de Medicare ofrece cobertura temporal de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare a personas que califican para recibir Ayuda Adicional, pero que aún no están inscritas en un plan de medicamentos recetados de Medicare. LI NET cubre todos los medicamentos cubiertos de la Parte D y no hay restricciones de farmacia de la red.

Si obtiene Ayuda Adicional, LI NET lo cubre en todas las farmacias hasta por 30 días en el pasado.

¿Cómo funciona el programa LI NET?

Medicare lo inscribirá automáticamente en el programa LI NET si es elegible para la Ayuda Adicional y su inscripción automática en un plan de medicamentos de Medicare no ha entrado en vigor.

Si califica para LI NET, obtendrá cobertura temporal de medicamentos (hasta 2 meses). Estará cubierto por LI NET hasta que su inscripción automática entre en vigencia o hasta que elija y se una a la cobertura de medicamentos de Medicare. Su inscripción en LI NET comienza el primer día del mes en que se le identifica como elegible para la Ayuda Adicional y finaliza después de 2 meses.

¿Me pueden reembolsar los gastos de bolsillo de los medicamentos?

Es posible que pueda obtener un reembolso si pagó por medicamentos cubiertos por la Parte D después de calificar para LI NET.

Guarde sus recibos con los precios de sus medicamentos recetados y llame a LI NET al 1-800-783-1307 (TTY: 711) para averiguar si califica. Alguien estará disponible para atender su llamada a partir de las 8 a.m.–11 p.m. (ET).

¿Existen otras formas de reducir los costos de mis medicamentos?

Si no recibe Ayuda Adicional, es posible que existan otras formas de ahorrar en costos de medicamentos:

- **Descubra si su estado ofrece ayuda con los costos de los medicamentos. Consulte los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP) para ver si califica.** Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen algún tipo de cobertura para ayudar a las personas con Medicare a pagar las primas, copagos y/o coseguros del plan de medicamentos. Algunos SPAP pueden exigirle que obtenga cobertura de medicamentos de Medicare y luego lo ayudarán con los costos de los medicamentos que Medicare no cubre. Visite go.es.Medicare.gov/spap para saber si su estado tiene un SPAP.
- **Verifique si la compañía que fabrica su medicamento ofrece ayuda para pagarlo.** Muchos de los principales fabricantes de medicamentos ofrecen Programas de Asistencia Farmacéutica (a veces llamados Programas de Asistencia al Paciente o PAP) para personas con cobertura de medicamentos de Medicare. Visite go.es.Medicare.gov/pap para los fabricantes de los medicamentos que toma ofrecen un PAP.
- **Hable con su médico.** Pregúntele a su médico si puede tomar un medicamento genérico o un medicamento de marca más barato (si hay uno disponible).
- **Consulte los costos de las farmacias de pedidos por correo.** A veces, utilizar una farmacia de pedidos por correo es más económico.

Sección 5:

Cómo usar su Cobertura de medicamentos de Medicare

Cada compañía que ofrece cobertura de medicamentos de Medicare tiene una lista de farmacias que puede usar, llamada red. Si desea seguir surtiendo recetas en la misma farmacia que usa ahora, averigüe si esa farmacia está dentro de la red. Comuníquese con su plan, su farmacia o con el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para averiguar si su farmacia está dentro de la red. Algunos planes de medicamentos de Medicare ofrecen un descuento o sólo cubren sus medicamentos cuando los surte en una farmacia de su red.

Junto con las farmacias minoristas locales, la red de su plan de medicamentos de Medicare puede incluir farmacias preferidas o un programa de pedidos por correo.

Cualquiera que sea la forma que elija para obtener sus medicamentos, puede comunicarse con su plan para averiguar si puede obtener un suministro de dos o tres meses para los medicamentos que toma regularmente. Esta puede ser una manera rentable y conveniente de obtener sus medicamentos.

Para obtener sus medicamentos, traiga:

- Su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Puede visitar **es.Medicare.gov** para iniciar sesión (o crear) su cuenta segura de Medicare para imprimir una copia oficial de su tarjeta de Medicare.
- Una identificación con foto (como su licencia de conducir estatal o su pasaporte)
- Su tarjeta para la cobertura de medicamentos de Medicare

Si tiene Medicare y Medicaid o califica para la Ayuda Adicional, también traiga prueba de su inscripción en Medicaid o prueba de que califica para la Ayuda Adicional (página 35).

¿Cómo surto una receta sin mi nueva tarjeta del plan?

Si va a la farmacia antes de obtener su nueva tarjeta del plan de medicamentos, puede demostrar que tiene cobertura mostrando:

- La carta de reconocimiento, confirmación o bienvenida recibida de parte del plan.
- El número de confirmación de inscripción del plan, junto con el nombre del plan y número de teléfono.
- Una copia de su tarjeta oficial de Medicare.

Nota: Si no ha recibido una tarjeta de membresía del plan ni ningún material de inscripción en el plan, dígale a su farmacéutico el nombre de su plan. Esto puede ayudarlos a confirmar su inscripción en el plan y obtener la información que necesitan para facturar a su plan.

Si no tiene ninguno de los artículos anteriores, es posible que su farmacéutico aún pueda obtener la información de su plan de medicamentos. Deberá darles su número de Medicare o los últimos 4 dígitos de su número de seguro social.

Si su farmacéutico no puede obtener la información de su plan de medicamentos, es posible que su médico pueda darle una muestra de su medicamento recetado hasta que se confirme su cobertura, o es posible que tenga que pagar de su bolsillo el costo total de su medicamento.

Si paga de su bolsillo sus medicamentos, guarde sus recibos y comuníquese con su plan. Es posible que pueda recuperar parte de lo que gastó o que se le acredite el monto para sus gastos de bolsillo.

¿Puedo surtir mis recetas en una farmacia de pedidos por correo?

Los planes no pueden obligarlo a usar una farmacia de pedidos por correo, pero puede tener esta opción si desea usarla.

Los planes deben recibir su autorización para entregar un medicamento recetado (nuevo o resurtido), a menos que solicite el resurtido o una receta nueva. Algunos planes pueden solicitarle su autorización cada año para poder enviarle sus medicamentos sin tener que preguntarle cada vez. Otros planes lo harán cada vez que tengan que llenar su suministro.

Esta política no afecta a los programas que le recuerdan que debe surtir sus recetas que recoge en persona, y tampoco se aplica a las farmacias de cuidado a largo plazo que le proporcionan o entregan los medicamentos.

Asegúrese darle su farmacia la mejor manera de comunicarse con usted, para que no se pierda el llamado de confirmación de resurtido u otra comunicación.

Comuníquese con su plan si recibe recetas de una farmacia de pedidos por correo que no aprobó ni solicitó. Es posible que sea elegible para un reembolso por la cantidad que le cobró su plan. Si no puede resolver el problema con el plan o desea presentar una queja, llame al 1-800-MEDICARE.

¿Qué tarjeta de identificación debo usar?

Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare que funciona con Medicare Original: Use su tarjeta de identificación del plan de medicamentos cuando surta sus recetas. Seguirá usando su tarjeta de Medicare para servicios médicos y de hospital.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos: Use su tarjeta de identificación del plan para todos los servicios, incluyendo medicamentos.

¿Qué pasa si necesito surtir una receta antes de obtener mi tarjeta de identificación del plan?

En un plazo de 2 semanas después de que el plan reciba su solicitud completa, recibirá una carta en la que se le avisa que recibieron su información. Dentro de 5 semanas, debe recibir un paquete de bienvenida con su tarjeta de miembro.

¿Qué pasa si tengo Medicare y Medicaid, o califico para recibir Ayuda Adicional?

Si tiene Medicare y Medicaid, o califica para la Ayuda Adicional, también debe llevar a la farmacia un comprobante de que tiene Medicaid y/o que califica para la Ayuda Adicional. Esto le ayudará a asegurarse de que pague la cantidad correcta por sus medicamentos recetados.

- Visite es.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/mailings/help para más información sobre las cartas que recibe sobre la Ayuda Adicional, o vaya a la página 35 para obtener información sobre lo que puede usar para demostrar que recibe Ayuda Adicional.
- Vaya a la página 35 para obtener una lista de documentos que prueban que tiene Medicaid.

No es necesario que tenga todos los documentos, pero cualquiera que pueda llevar ayudará al farmacéutico a confirmar que califica para Medicaid o la Ayuda Adicional, para que no pague más de lo que debería por sus medicamentos.

¿Qué ocurre si estoy tomando un medicamento que no está en la lista de medicamentos de mi plan cuando comienza mi cobertura de medicamentos?

Por lo general, su plan le dará un suministro único y temporal de su medicamento recetado actual durante los primeros 90 días en un plan. Los planes deben proporcionarle este suministro temporal para que usted y su médico tengan tiempo de encontrar otro medicamento en la lista de medicamentos del plan que funcione tan bien como lo que está tomando ahora. Puede haber diferentes reglas para las personas que se mudan o ya viven en un centro (como un asilo de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo).

Usted o su recetador autorizado pueden comunicarse con el plan para solicitar una excepción si:

- Ya intentó con medicamentos similares en la lista de medicamentos de su plan y no funcionaron.
- Su médico o recetador decide que necesita un medicamento específico debido a su condición médica.
- Su recetador autorizado cree que usted necesita que se anule una norma de cobertura (como un límite de cantidad).

Visite **es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans** para aprender cómo solicitar una excepción. Si el plan está de acuerdo con su solicitud, cubrirá el medicamento. Si su plan no está de acuerdo con la excepción, puede apelar la decisión del plan. Para obtener más información sobre las apelaciones, visite **es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals**.

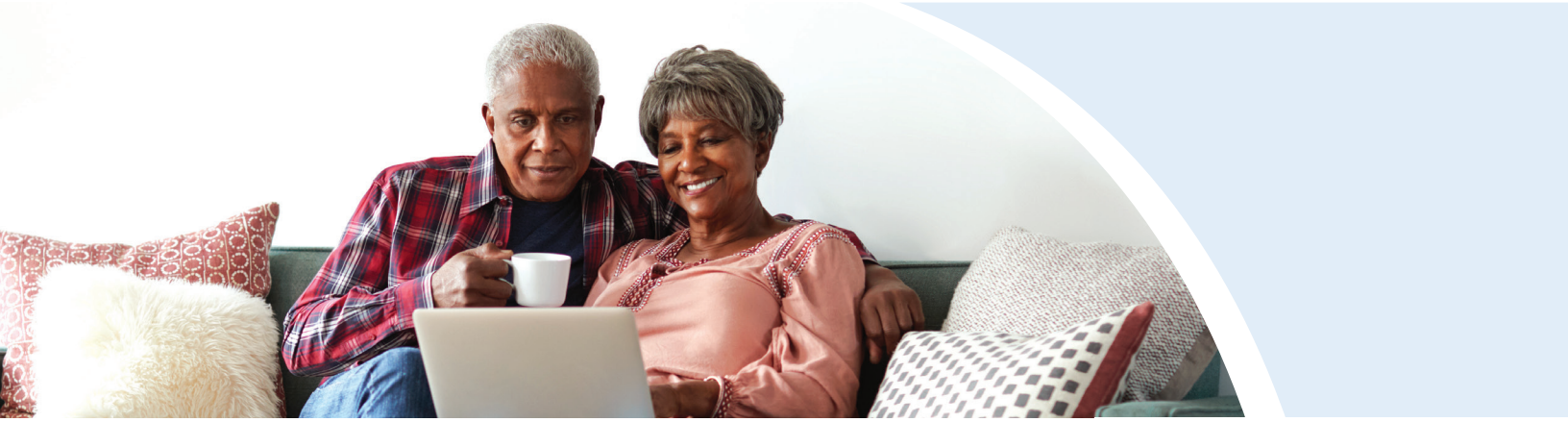
¿Qué sucede si me inscribo en un plan y luego mi médico cambia mi receta?

Su médico puede verificar qué medicamentos cubre su plan a través de su sistema de recetas electrónicas.

Si su médico necesita recetarle un medicamento que no está en el formulario de su plan de Medicare y usted no tiene ninguna otra cobertura de salud que cubra los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, usted o su médico pueden solicitar al plan una excepción. Visite **es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans** para saber cómo solicitar una excepción.

Si su plan aún no cubre un medicamento recetado específico que necesita, puede presentar una apelación. Si desea obtener el medicamento recetado antes de presentar una apelación, es posible que tenga que pagar de su bolsillo el costo total del medicamento. Guarde el recibo y entréguele una copia a la persona que decida sobre su apelación. Si gana la apelación, el plan le reembolsará. Para más información sobre las apelaciones, visite **es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals**.

Llame a su plan o consulte su sitio web para encontrar la lista más actualizada de medicamentos cubiertos y sus costos.



Sección 6:

Más información

- **Acerca de Medicare:** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) las 24 horas del día, incluidos los fines de semana, para obtener la información que necesita.
- **Acerca de cómo encontrar planes de Medicare Parte D:** Visite Medicare.gov/plan-compare e ingrese su farmacia y medicamentos para obtener información su farmacia y medicamentos para obtener información personalizada sobre los costos.
- **Acerca de solicitar Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos de Medicare:** Visite SSA.gov/medicare/part-d-extra-help ayuda.
- **Acerca de la asesoría personalizada y gratuita sobre sus opciones de cobertura:** Comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). Visite shiphelp.org para obtener el número de teléfono de su SHIP.

Comunicaciones Accesibles de CMS

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos, incluida información en formatos accesibles como Braille, letra grande, archivos de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible, no se verá perjudicado por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que tendrá más tiempo para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

1. Llamar:
Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048
Para el Mercado: 1-800-318-2596
TTY: 1-855-889-4325

2. Envíar un correo electrónico:
altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Envíar un fax:
1-844-530-3676

4. Enviar un carta:
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Oficinas de Audiencias y Consultas (OHI)
7500 Security Boulevard
Parada de correo DO-01-20
Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Personal de Recursos de Accesibilidad al Cliente (CARS)

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si se conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Podríamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

Nota: Si está inscrito en un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos de Medicare, comuníquese con su plan para solicitar su información en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal o local de Medicaid.

Aviso de no discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo o edad para la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, sean estos realizados por los CMS directamente o a través de un contratista de cualquier otra entidad con el que los CMS coordinen la realización de sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las maneras incluidas en este aviso si tiene alguna duda sobre cómo obtener información en un formato que pueda utilizar.

También puede presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluido tener problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos de Medicare, oficina estatal o local de Medicaid, o Planes de salud calificados del mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.:

1. En línea:
HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

2. Por teléfono:
Llame al 1-800-368-1019.
Los usuarios de TDD puede llamar al 1-800-537-7697.

3. Por escrito: Envíe información sobre su queja a:
Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
200 Independence Avenue,
SW Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Atención: Si habla un idioma distinto al español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-MEDICARE (رقم هاتف الصم والبكم: 1-877-486-2048).

հայերեն (Armenian) ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-800-MEDICARE (TTY (հեռատիպ)՝ 1-877-486-2048)

繁體中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800 MEDICARE（TTY：1 -877-486-2048）。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-MEDICARE (ATS: 1-877-486-2048).

Kreyòl Ayisyen (French Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-MEDICARE (TTY: 1- 877-486-2048).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486- 2048).

日本語 (Japanese)
注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1-800- MEDICARE（TTY: 1-877-486-2048）まで、お電話にてご連絡ください。

한국어(Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048) 번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-MEDICARE (телетайп: 1-877-486-2048).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

Departamento de Salud y Servicios Humanos
de los Estados Unidos
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por uso privado, $300

Need a copy of this booklet in English?

To get a free copy of this booklet in English, visit Medicare.gov or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

Esta publicación está disponible en Español. Para obtener una copia gratis, visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.

Medicare

La información contenida en este folleto describe el Programa Medicare en el momento en que se imprimió. Pueden ocurrir cambios después de la impresión. Visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

"Su Guía para la Cobertura de Medicamentos de Medicare" no es un documento legal. La orientación legal oficial del Programa Medicare está contenida en los estatutos, reglamentos y resoluciones pertinentes.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.

CMS Producto No. 11109-S • 04/2025