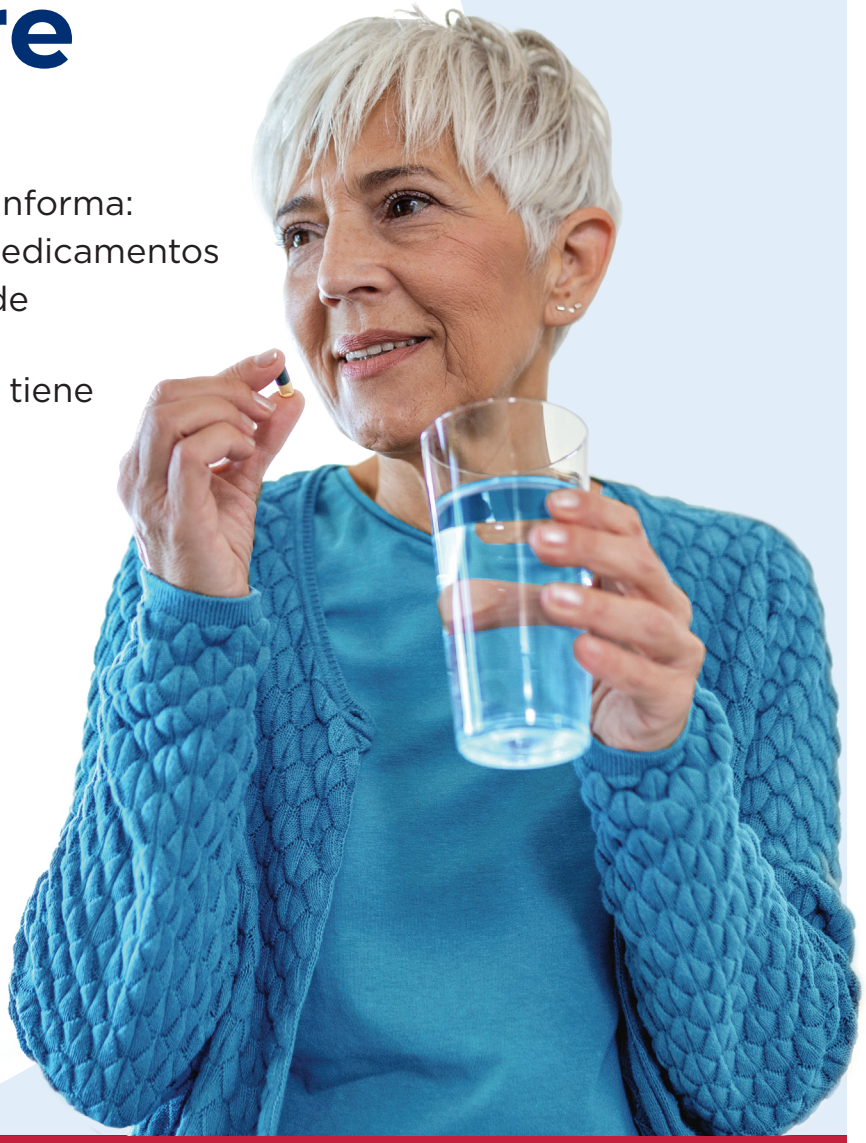
Su guía sobre la cobertura de medicamentos de Medicare

Esta **folleto 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

Contenido

1 **Sección 1:** Lo básico

3 **Sección 2:** Cuándo y cómo obtener cobertura de medicamentos

15 **Sección 3:** Costos y cobertura

29 **Sección 4:** Programa de Ayuda Adicional de Medicare

37 **Sección 5:** Usar su cobertura de medicamentos de Medicare

41 **Sección 6:** Más información

Sección 1:

Lo básico

La cobertura de medicamentos de Medicare se suma a su cobertura de Medicare

La cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como "Parte D de Medicare") lo ayuda a pagar los medicamentos de marca y genéricos que usted necesita. Se les ofrece a todas las personas con Medicare por parte de empresas privadas aprobadas por Medicare.

Puede obtener cobertura de medicamentos de una entre dos maneras:

- **Agregar la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) al Medicare Original.** El Medicare Original es un plan de salud de pago por servicio que tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Debe tener la Parte A y/o la Parte B para inscribirse en un plan de medicamentos por separado (a veces llamado "plan de medicamentos recetados" o "PDP"). Los planes de medicamentos de Medicare también pueden agregar cobertura de medicamentos a algunos planes de salud de Medicare, como algunos planes privados de cargo por servicio (PFFS) de Medicare, algunos planes de costos de Medicare y los planes de cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA) de Medicare.
- **Obtenga la cobertura de medicamentos como parte de su plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare.** Usted obtiene su Parte A (seguro de hospital), Parte B (seguro médico) y cobertura de medicamentos (Parte D) a través de estos planes, generalmente ofrecidos por compañías privadas que tienen contrato con Medicare. Los planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados a veces se denominan "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 por separado.

En este folleto, el término "cobertura de medicamentos de Medicare" significa todos los planes de medicamentos de Medicare y a los planes de salud de Medicare que incluyen cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). El término "plan de medicamentos de Medicare" significa planes de medicamentos separados que agregan cobertura de medicamentos de Medicare a Medicare Original.

Inscripción en un plan de medicamentos

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

- Tener Medicare Parte A (seguro de hospital) **o** Medicare Parte B (seguro médico).
- Ser ciudadano o nacional estadounidense, residente permanente legal, entrante cubano/haitano o persona que reside bajo un pacto de libre asociación.

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

- Tener la Parte A **y** Parte B.
- Ser ciudadano o nacional estadounidense, residente permanente legal, entrante cubano/haitano o persona que reside bajo un pacto de libre asociación.
- Residir en el área de servicio del plan de salud de Medicare o del plan de medicamentos de Medicare al que desea inscribirse.

Si tiene un plan Medicare Advantage y después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, en la mayoría de los casos, perderá su plan Medicare Advantage y volverá a Medicare Original para su cobertura de salud.

Mientras los planes cumplan los estándares establecidos por Medicare, pueden diferir de estas maneras:

- Qué medicamentos cubren.
- Cuánto tiene que pagar por las recetas médicas.
- Qué farmacias puede usar.
- Qué medicamentos tienen reglas de cobertura (como autorización previa, terapia escalonada o limites de cantidad descritos en las páginas 25-26).

Obtenga ayuda con sus opciones

- Llame su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Los SHIP son programas estatales que brindan asesoramiento gratuito sobre seguros de salud 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). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 2:

Cuándo y cómo obtener cobertura de medicamentos

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

Durante su período de inscripción inicial de 7 meses, cuando usted se vuelve elegible por primera vez para Medicare. Puede inscribirse en la cobertura de medicamentos de Medicare a partir de los 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, y hasta 3 meses después del mes en que cumple 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 en que cumple 65 años
El mes en que cumple 65 años, o durante los 3 meses posteriores	El mes después de que el plan recibe su solicitud

Durante el período de siete meses alrededor de su 25.º mes de recibir beneficios por discapacidad. Si obtiene Medicare debido a una discapacidad, puede inscribirse en la cobertura de medicamentos de Medicare a partir de 3 meses antes de su 25.º mes de discapacidad y hasta 3 meses después de su 25.º mes de discapacidad. La fecha de inicio de su cobertura depende del mes en que se inscriba.

Si se inscribe:	La cobertura comienza:
Antes de su 25.º mes de recibir beneficios por discapacidad	En su mes 25.º de beneficios por discapacidad
Su 25.º mes de recibir beneficios por discapacidad, o durante los 3 meses posteriores	El mes después de que el plan recibe su solicitud

Si tiene una discapacidad y es menor 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 recomendable que revise su cobertura cada otoño. Si está satisfecho con la cobertura, el costo y el servicio al cliente de su plan actual, y su plan todavía se ofrece en su área, **no tiene que hacer nada para continuar con su cobertura por otro año**. Sin embargo, si decide que otro plan satisfará mejor sus necesidades, puede cambiarse a otro plan.

Nota: En ciertas circunstancias limitadas, es posible que pueda inscribirse, cancelar o cambiar la cobertura de medicamentos de Medicare en otros momentos. Por ejemplo, si usted:

- Califica para la Ayuda Adicional (vaya a la página 29).
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de su plan.
- Pierde otra cobertura que se consideraba cobertura acreditable de medicamentos recetados (vaya a la página 5).
- Ingresa, vive o se retira de un asilo para ancianos.
- Quieres cambiarse a un plan con una calificación general de calidad de 5 estrellas. Las calificaciones de calidad de 5 estrellas están disponibles en es.Medicare.gov/plan-compare.
- Está en un plan que cambia su contrato con Medicare.

¿Cómo me inscribo en un plan?

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

También puede inscribirse en un plan directamente desde **es.Medicare.gov/plan-compare** o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué información necesito proporcionarle al plan?

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

Es posible que se le solicite otra información cuando se inscriba en un plan de Medicare (como su dirección de correo electrónico o contacto de emergencia). Darle esta información al plan es opcional.

El plan en el que se inscriba le enviará los materiales que necesitará, como una tarjeta de membresía, un manual para miembros, un formulario (lista de medicamentos), un directorio de proveedores farmacia y los procedimientos para quejas y apelaciones.

¿Cómo cambio de plan?

Puede cambiar a un nuevo plan de medicamentos de Medicare o a un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos al inscribirse en otro plan durante uno de los períodos que se enumeran en las páginas anteriores. Su cobertura de medicamentos anterior terminará cuando comience su nueva cobertura de medicamentos. Debe recibir una carta de su nuevo plan indicándole cuándo comienza su cobertura, y en consecuencia **no necesita cancelar su plan anterior**. También puede cambiar de plan llamando al 1-800-MEDICARE.

Nota: Los planes de Medicare no tienen permitido llamarle y pedirle que se inscriba en un plan. Llame al 1-800-MEDICARE para informar sobre un plan que haga esto.

¿Qué necesito considerar antes de obtener cobertura de medicamentos de Medicare?

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

- ¿Se considera que mi cobertura actual de medicamentos (si tengo alguna) es cobertura acreditable de medicamentos recetados; es decir, cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare? Esto podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato actual o anterior, TRICARE, el Servicio de Salud Indígena o el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).
    - Su plan actual debe informarle si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable de medicamentos recetados. Si no obtiene cobertura de medicamentos cuando es elegible por primera vez para Medicare, y pasa un período de 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar de por vida una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en la cobertura de medicamentos de Medicare.

  - Aunque ahora no use muchos medicamentos recetados, es recomendable que obtenga la cobertura de medicamentos de Medicare para reducir sus costos y evitar más adelante la multa por inscripción tardía en la Parte D.
  - **Nota:** Las muestras médicas, las tarjetas de descuento, las clínicas gratuitas o los sitios web de descuento de medicamentos no son cobertura de medicamentos.
- Si tengo cobertura de un empleador o sindicato y agrego cobertura de medicamentos de Medicare, ¿cómo afectará mi cobertura actual? ¿Perderé mi cobertura médica y/o de medicamentos actual si me inscribo? (Su plan actual puede indicárselo). Lea todos los materiales que reciba de su compañía de seguros o proveedor del plan. Hable con su administrador de beneficios, compañía de seguros o proveedor del plan antes de hacer cualquier cambio en su cobertura actual.
- ¿Cómo afectaría mis gastos del bolsillo la inscribirme en un plan de medicamentos o de salud de Medicare en particular?
- ¿Mi prima será más alta más adelante si espero para inscribirme en un plan de medicamentos o de salud de Medicare porque tengo que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D?
- ¿Comenzará mi cobertura de medicamentos de Medicare cuando yo quiera?
- ¿Cubre un plan de salud o de medicamentos de Medicare en mi área los medicamentos recetados que tomo? (Para averiguarlo, visite **es.Medicare.gov/plan-compare** o llame al plan que le interesa).
- ¿Cuáles son las reglas de cobertura de un plan de medicamentos de Medicare en particular, como la autorización previa, la terapia escalonada y los límites de cantidad para los medicamentos recetados que tomo?
- ¿Puedo obtener Ayuda Adicional para pagar mis costos de medicamentos si me inscribo en un plan de medicamentos de Medicare? (Puede calificar para 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? (Usar farmacias de la red generalmente le cuesta menos que usar farmacias fuera de la red).
- ¿Paso parte de cada año en otro estado? (Esto puede ser importante si un plan al que desea inscribirse le exige usar ciertas farmacias).
- ¿Qué son las calificaciones de calidad de 5 estrellas de un plan de medicamentos de Medicare en particular? (Consulte las calificaciones de 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 sobre Seguros de Salud (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 de medicamentos?

Si tiene otros tipos de cobertura de salud o de medicamentos, asegúrese de entender cómo funciona esa cobertura con la cobertura de medicamentos de Medicare. Más de una de las situaciones siguientes y en las páginas 8-14 pueden aplicarse a usted.

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

Si tiene Medicare Parte A (seguro de hospital) y/o Medicare Parte B (seguro médico) y reside 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 para obtener una lista de planes en su área. ¿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! Cuando empieza con Medicare, puede comprar Medigap o inscribirse en un plan Medicare Advantage, pero no puede tener ambos.** No puede usar Medigap para pagar los copagos, deducibles y primas de su plan Medicare Advantage. Es posible que desee cancelar su póliza de Medigap si se inscribe en un plan Medicare Advantage. Sin embargo, es posible que no pueda recuperar la misma póliza de Medigap si abandona el plan Medicare Advantage y luego vuelve a Medicare Original, o puede terminar pagando primas más altas por la póliza de Medigap.

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

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

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

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

Si tiene una póliza de Medigap que incluye cobertura de medicamentos y decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, puede conservar esa póliza de Medigap pero eliminar la cobertura de medicamentos. Tendrá que informar a su compañía de seguro de Medigap cuándo comienza su cobertura de medicamentos de Medicare. Debe eliminar la cobertura de medicamentos de su póliza de Medigap y ajustar su prima en función de este cambio. **Además, es posible que tenga que pagar de por vida una multa por inscripción tardía en la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare si la**

cobertura de medicamentos que ha tenido bajo su póliza de Medigap no es cobertura acreditable de medicamentos recetados. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta mientras esté inscrito en un plan de medicamentos de Medicare. Vaya a las páginas 19–21 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

Para obtener más información sobre Medigap, visite **es.Medicare.gov/health-drug-plans/medigap** o llame al 1-800-MEDICARE. También puede llamar a su SHIP para obtener más información sobre Medigap. Visite **shiphelp.org** para obtener el número de teléfono de su SHIP.

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

Determine cómo funciona la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato con Medicare, porque su cobertura puede cambiar si obtiene cobertura de medicamentos de Medicare. Su empleador o sindicato (o el plan que administra su cobertura de medicamentos) le enviará un aviso de cobertura acreditable cada año, informándole si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable de medicamentos recetados (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 responder antes de decidir sobre su cobertura de medicamentos:

- ¿Usted, su cónyuge o sus dependientes perderán toda su cobertura de salud del empleador o del sindicato si obtiene cobertura de medicamentos de Medicare?
- ¿Cómo se comparan los costos de bolsillo de los medicamentos con la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato con los los costos de bolsillo de los medicamentos con la cobertura de medicamentos de Medicare?

Si su empleador o sindicato (o el de su cónyuge) le dice que su cobertura actual ES cobertura acreditable de medicamentos recetados:

- Puede mantener esta cobertura mientras su empleador o sindicato siga ofreciéndola.
- No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si su empleador o sindicato deja de ofrecer cobertura acreditable de medicamentos recetados, siempre que se inscriba en un plan de medicamentos de Medicare o en un plan de salud con cobertura de medicamentos dentro de los 63 días posteriores a la finalización de la cobertura.

Nota: Conserve los materiales que le envíe su empleador o sindicato que indiquen que su cobertura de medicamentos es acreditable. Es posible que deba mostrárselo a su plan de Medicare como confirmación de cobertura acreditable de medicamentos recetados si decide obtener cobertura de medicamentos de Medicare más adelante.

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

- Si desea cobertura de medicamentos de Medicare, en la mayoría de los casos, debe inscribirse cuando sea elegible por primera vez para evitar una multa por inscripción tardía en la Parte D (páginas 19-21). Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, es posible que tenga que esperar hasta el período de inscripción abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para agregar la cobertura de medicamentos de Medicare.

- Infórmese sobre sus opciones con su administrador de beneficios. Es posible que pueda:
  - Mantener su cobertura de salud actual de su empleador o sindicato **y** obtener cobertura de medicamentos de Medicare.
  - Dejar su cobertura actual e inscribirse en un plan Medicare que cubra medicamentos recetados.

(**Nota:** Si su cobertura actual ha cambiado y ya no es acreditable, puede obtener cobertura de medicamentos de Medicare durante un período especial de inscripción. Su oportunidad de inscribirse dura 2 meses completos después del mes en que pierde su cobertura acreditable, o durante 2 meses completos después de que se le notifique que su cobertura actual ya no es acreditable, lo que ocurra más tarde).

> **¡Importante!** Si pierde su cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato:
> - Es posible que no pueda recuperarla.
> - Es posible que también tenga que renunciar a la cobertura de salud de su empleador o sindicato.
> - Es posible que también tenga que cancelar la cobertura de su cónyuge y sus dependientes.
>
> Medicare no tiene información sobre cómo se verá afectada la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato actual si obtiene cobertura de medicamentos de Medicare. Hable con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato antes de tomar cualquier decisión sobre su cobertura de medicamentos.

Tengo Medicare y un plan de beneficios de salud para empleados federales (FEHB)

- Póngase en contacto con su plan de FEHB antes de hacer cualquier cambio.

> **¡Importante!** No puede cancelar la cobertura de medicamentos de FEHB sin cancelar también su cobertura de FEHB para servicios hospitalarios y médicos.

- Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos de Medicare, averigüe cómo se compararían sus costos con la cobertura de medicamentos de su plan de FEHB y la Ayuda Adicional.
- Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede conservar su plan de 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 obtener cobertura de medicamentos de Medicare, en la mayoría de los casos no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (páginas 19-21) si se inscribe dentro de los 63 días posteriores a la pérdida de la cobertura FEHB.

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

Tengo Medicare y TRICARE, CHAMPVA o beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) que incluyen cobertura de medicamentos

- Mientras siga cumpliendo los requisitos, puede conservar su cobertura de medicamentos de TRICARE, del programa civil de salud y médico del Departamento de Asuntos de Veteranos (CHAMPVA) o de VA. TRICARE, CHAMPVA o su proveedor de VA deben enviarle información cada año sobre su cobertura y si se trata de cobertura acreditable de medicamentos recetados. Guarde estos materiales.

- Antes de realizar cualquier cambio, póngase en contacto 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 Ayuda Adicional, no resulta rentable obtener cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si reúne los requisitos para recibir 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 paga primario y TRICARE paga en segundo lugar.
  - 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 costo para usted (sin primas, sin deducibles y sin copagos).
  - Si tiene cobertura de VA y se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, no puede usar ambos tipos de cobertura para la misma receta.
- Si se inscribe en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos, debe obtener los medicamentos recetados a través del plan Medicare Advantage. El plan Medicare Advantage es el pagador principal. TRICARE puede cubrir parte o la totalidad de una reclamación que el plan Medicare Advantage no pagó si la farmacia del plan es una farmacia de la red de TRICARE que participa en la coordinación de beneficios en línea.
- Si alguna vez pierde su cobertura de TRICARE, CHAMPVA o VA y necesita inscribirse en un plan de Medicare, en la mayoría de los casos, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (páginas 19–21), siempre que se inscriba dentro de los 63 días posteriores a la pérdida de la cobertura de TRICARE, CHAMPVA o VA.

Para obtener más información sobre los beneficios de VA, visite **VA.gov/health-care**, llame al Centro de Servicios de Beneficios de Salud de VA al 1-877-222-VETS (1-877-222-8387), o visite su centro médico local de VA. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Visite **TRICARE.mil/pharmacy** para obtener más información sobre el Programa de Farmacia de TRICARE, o llame al 1-877-363-1303. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-540-6261.

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

Tengo un plan de salud de Medicare sin cobertura de medicamentos

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage o en otro plan de salud de Medicare que no incluye cobertura de medicamentos, es recomendable que considere obtener cobertura de medicamentos de Medicare durante el próximo período de inscripción disponible:

- Determine si su plan actual de Medicare Advantage ofrece una opción de cobertura de medicamentos de Medicare. Si es así, puede cambiar a esa opción.
- Si su plan actual no ofrece cobertura de medicamentos de Medicare, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare en su área que sí la ofrezca.
- Si su plan actual no ofrece cobertura de medicamentos de Medicare, puede cambiar a Medicare Original e inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.
- Solo algunos planes privados de pago por servicio de Medicare (PFFS) (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 para servicios médicos de Medicare (MSA) (un tipo de plan Medicare Advantage) no ofrecen cobertura de medicamentos de Medicare. Si está inscrito en un plan de MSA de Medicare, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare para obtener cobertura de medicamentos.
  - Si está inscrito en un plan de MSA de Medicare y en un plan de medicamentos de Medicare, el dinero que use de la cuenta de su plan de MSA para deducibles o costos compartidos del plan de medicamentos de Medicare cuenta para sus costos de bolsillo del plan de medicamentos (páginas 15-18).
  - Si tiene un plan de MSA de Medicare y **no tiene** un plan de medicamentos de Medicare, puede usar el dinero de su cuenta de MSA para medicamentos con o sin receta. Estos gastos no cuentan para el deducible del plan de 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 independiente.

Si se queda en un plan que no ofrece la cobertura de medicamentos y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare ni tiene otra cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (páginas 19-21) si obtiene cobertura de medicamentos de Medicare más adelante.

Póngase en contacto con su plan para obtener más información sobre sus opciones.

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, no puede obtener cobertura de medicamentos por separado.

- Si está inscrito en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos y se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare independiente, en la mayoría de los casos será dado de baja de su plan Medicare Advantage y volverá a Medicare Original.
- Si está inscrito 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 por separado para agregar cobertura de medicamentos.

Póngase en contacto con su plan para obtener más información sobre sus opciones.

Tengo Medicare y Medicaid

Necesitará inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare para que Medicare pague sus medicamentos. Como tiene Medicaid, Medicare le otorga automáticamente la Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare y le enviará un aviso **morado**. Conserve este aviso como confirmación de que reúne los requisitos para recibir 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** que le indica en qué plan de medicamentos está y cuándo comienza su cobertura. Si el plan en el que está inscrito no satisface sus necesidades, siempre que califique para la Ayuda Adicional, puede cambiar su plan de medicamentos de Medicare una vez por mes calendario. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. (**Nota:** La mayoría de las personas con Medicare solo puede cambiar de plan en ciertos momentos del año).

Si pagó 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. Llame al programa de transición para nuevos elegibles con ingresos limitados (LI NET) de Medicare al 1-800-783-1307 para obtener 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 acreditable de medicamentos recetados), llame al 1-800-MEDICARE y dígales que desea "optar por no participar" en la cobertura de medicamentos de Medicare.

> **¡Importante!** Si llama al 1-800-MEDICARE y rechaza un plan de medicamentos de Medicare, podría quedarse sin cobertura de medicamentos. Mientras siga reuniendo los requisitos para recibir la Ayuda Adicional, puede cambiar de opinión e inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare sin pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D.

Si sigue reuniendo los requisitos para Medicaid, Medicaid seguirá cubriendo sus otros costos de atención médica que Medicare no cubre. Si no está seguro de si todavía reúne los requisitos para Medicaid, llame a la oficina de asistencia médica estatal (Medicaid) de su estado. Puede obtener el número de teléfono, visite **Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip**.

Tengo Medicare y recibo beneficios de seguridad de ingreso suplementario (SSI) o estoy inscrito en un programa de ahorros de Medicare

Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare y recibe SSI o está inscrito en 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 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 un aviso **verde** para informarle cuándo comienza su cobertura. Mientras siga reuniendo los requisitos para recibir la Ayuda Adicional, puede cambiar de plan de medicamentos de Medicare en cualquier momento.

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

> **¡Importante!** Si llama al 1-800-MEDICARE y renuncia a un plan de medicamentos de Medicare, podría quedarse sin cobertura de medicamentos. Mientras siga cumpliendo los requisitos para recibir la Ayuda Adicional, puede cambiar de opinión e inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare sin pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D.

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

- **Si vive en un asilo de ancianos u otro centro,** recibirá sus medicamentos cubiertos de una farmacia de atención a largo plazo que trabaja con su plan de medicamentos de Medicare. Esta farmacia de atención a largo plazo normalmente tiene 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 paga nada por sus medicamentos cubiertos después de que Medicaid haya pagado su estancia durante un mes calendario completo. Se le inscribirá automáticamente en un plan de medicamentos de Medicare (a menos que elija por su cuenta un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos o un plan de medicamentos de Medicare).
- **Si está en un centro de enfermería especializada recibiendo atención de enfermería especializada cubierta por Medicare,** Medicare Parte A (seguro de hospital) generalmente cubrirá sus medicamentos.
- **Mientras viva en un centro,** puede cambiar de plan de medicamentos de Medicare en cualquier momento.
- **Si se muda a un asilo de ancianos u otro centro,** puede cambiar de plan de medicamentos de Medicare en ese momento. En esta situación, “otras centros” no incluyen residencias de ayuda parcial, centros de vida para adultos, hogares residenciales ni ningún tipo de asilo de ancianos que no esté certificado por Medicare o Medicaid.

Tengo Medicare y el programa de atención integral para ancianos (PACE)

PACE es un programa de Medicare y Medicaid que ayuda a las personas a satisfacer sus necesidades de atención médica en la comunidad en lugar de ir a un asilo de ancianos u otro centro de atención.

Si se inscribe en PACE, un equipo de profesionales de atención médica trabajará con usted para ayudar a coordinar su atención.

> **¡Importante! Inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare lo dará de baja de su plan de PACE.** Su plan de PACE le brinda **todos** sus servicios de atención médica, incluida su cobertura de medicamentos. Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, será dado de baja de su plan de PACE y ya no recibirá otros beneficios de atención médica a través de PACE. Póngase en contacto con su plan de PACE para obtener más información. Para encontrar la información de contacto de su plan de PACE, visite **es.Medicare.gov/plan-compare/#/pace**.

Si tiene tanto Medicare como cobertura completa de Medicaid, obtiene los medicamentos a través de su plan de PACE sin costo para usted.

Si no reúne los requisitos para Medicaid pero tiene Medicare, pagará una prima por los medicamentos de la Parte D de Medicare a su plan de PACE. No hay un deducible ni copago por ningún medicamento que apruebe 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 SPAP para ayudar a ciertas personas a pagar los medicamentos recetados. Algunos SPAP pueden requerir que obtenga cobertura de medicamentos de Medicare y, luego, cubrirán los costos de los medicamentos recetados que Medicare no cubre. Según el programa de su estado, los aportes al SPAP podrían contar

para el límite de gastos de bolsillo de su cobertura de medicamentos de Medicare (tope), que es de $2,100 en 2026.

Si pertenece a un SPAP, que le exigió obtener cobertura de medicamentos de Medicare, tiene una oportunidad cada año calendario para inscribirse en un plan diferente, además del período de inscripción abierta del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Si pierde sus beneficios de SPAP, puede elegir una cobertura de medicamentos de Medicare diferente durante el mes en que pierde sus beneficios y durante 2 meses después.

Su SPAP le dará más información sobre cómo la cobertura de medicamentos de Medicare afecta la ayuda que recibe ahora. Para encontrar la información de contacto de su SPAP, visite **go.Medicare.gov/spap**.

Recibo ayuda de un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)

La mayoría de los ADAP solo cubren medicamentos relacionados con el VIH/SIDA. Si no cubren otros medicamentos, **no son** cobertura acreditable de medicamentos recetados. Si no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados y demora la obtención de la cobertura de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (páginas 19-21) cuando se inscriba.

Todos los planes de Medicare con cobertura de medicamentos cubren todos los medicamentos antirretrovirales. Su ADAP puede requerir que tenga cobertura de medicamentos de Medicare para obtener beneficios de ADAP. Un ADAP puede cubrir las primas, los deducibles, el coseguro, y/o los copagos de la cobertura de medicamentos de Medicare para ayudar con sus costos de medicamentos. Consulte con su ADAP para averiguar si le exige tener cobertura de medicamentos de Medicare y si le ayudará a pagar los costos.

Los ADAP varían según el estado. Comuníquese con su ADAP para saber cómo funcionará con la cobertura de medicamentos de Medicare. Las contribuciones de ADAP cuentan para su límite de gastos de bolsillo de la cobertura de medicamentos de Medicare, que es de $2,100 en 2026.

Tengo Medicare y recibo cobertura de medicamentos del Servicio de Salud para Indígena, una Tribu u Organización Tribal, o una Organización Urbana Indígena

- Usted y su comunidad pueden beneficiarse si se inscribe en un plan de Medicare porque el plan pagará al centro de salud indígena el costo de sus medicamentos recetados. Pregunte a su proveedor de salud o coordinador de beneficios si inscribirse en un plan es adecuado para usted. Si decide inscribirse, pueden ayudarle a encontrar un plan.
- Si obtiene medicamentos recetados a través de una farmacia de salud para indígena, seguirá recibiéndolos sin costo para usted y su cobertura no se interrumpirá.
- Si tiene beneficios completos de Medicaid y vive en un asilo de ancianos, no paga nada por su cobertura de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con su proveedor de salud indígena o consulte con el coordinador de beneficios de la farmacia de salud indígena local para obtener más información sobre cómo inscribirse en un plan de Medicare.
- La atención médica del Servicio de Salud Indígena, la Tribu o la Organización Tribal, o la Organización Urbana Indígena incluye cobertura acreditable de medicamentos recetados, lo que significa que no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (páginas 19-21) si se inscribe en un plan de Medicare más adelante. Pídale a su proveedor de atención médica indígena una carta que indique que usted tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados.

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. Cuánto paga por la cobertura de medicamentos depende del plan en el que se inscriba, de los medicamentos que tome, de si va a una farmacia de la red de su plan y de si recibe Ayuda Adicional para pagar sus costos de medicamentos. Póngase en contacto con los planes que le interesan para obtener información específica sobre los costos.

Los costos de la cobertura de medicamentos podrían incluir:

- Prima mensual
- Deducible anual
- Copagos o coseguro

Prima mensual

La mayoría de los planes de medicamentos cobran una cuota mensual que varía según el plan, llamada prima, tanto si usted surte sus recetas como si no lo hace. Si tiene Medicare Original, paga esta tarifa además de la prima que paga por la Parte B. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage o en un plan de costos de Medicare con cobertura de medicamentos, su prima mensual puede incluir una cantidad para la cobertura de medicamentos. Si no se inscribe en la Parte D cuando es elegible por primera vez, también podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (páginas 19-21) 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 proporcionó al Seguro Social, pagará una cantidad adicional además de la prima de su plan. Esto se denomina “monto de ajuste mensual relacionado con los Ingresos de la Parte D” (a veces denominado “IRMAA de la Parte D”).

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, pero tuvo un evento que cambió su vida y sus ingresos han disminuido, puede solicitar una reducción del monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos desde **SSA.gov/medicare/lower-irmaa**. Consulte los cuadros a continuación para saber si esto le afecta y averigüe cuánto tendrá que pagar cada mes.

Si sus ingresos anuales en 2024 fueron:		Usted paga cada mes (en 2026)
Declaración de impuestos individual	**Declaración de impuestos conjunta**	
$109,000 o menos	$218,000 o menos	La prima de su plan
Más de $109,000 hasta $137,000	Más de $218,000 hasta $274,000	$14.50 + la prima de su plan
Más de $137,000 hasta $171,000	Más de $274,000 hasta $342,000	$37.50 + la prima de su plan
Más de $171,000 hasta $205,000	Más de $342,000 hasta $410,000	$60.40 + la prima de su plan
Más de $205,000 y menos de $500,000	Más de $410,000 y menos de $750,000	$83.30 + la prima de su plan
$500,000 o más	$750,000 o más	$91.00 + la prima de su plan

Si sus ingresos anuales en 2024 fueron:	Usted paga cada mes (en 2026)
Casado/a y presentando declaraciones de impuestos por separado	
$109,000 o menos	La prima de su plan
Más de $109,000 hasta $391,000	$83.30 + la prima de su plan
$391,000 o más	$91.00 + la prima de su plan

Si debe pagar un monto adicional debido a sus ingresos, se le descontará de su cheque mensual del Seguro Social, de la junta de jubilación ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague la prima de su plan. Si esa cantidad es mayor que lo que hay en su cheque, recibirá una factura de Medicare cada mes.

Debe pagar tanto el importe adicional como la prima de su plan cada mes para mantener la cobertura de medicamentos de Medicare. Si no paga la totalidad de su prima de la Parte D (incluido el monto adicional, si lo debe), podría perder su cobertura de medicamentos de Medicare.

Deducible anual

Esta es la cantidad que debe pagar de su bolsillo por sus recetas cada año antes de que su plan de medicamentos de Medicare pague su parte.

Los deducibles varían entre los planes de medicamentos de Medicare. **El deducible máximo para los planes de medicamentos es de $615 en 2026**. Algunos planes de medicamentos de Medicare no tienen deducible. En algunos planes, ciertos medicamentos están cubiertos antes de que alcance su deducible.

Copagos o coseguro

Esto es lo que paga por los medicamentos cubiertos después del deducible (si su plan lo tiene). La cantidad exacta que paga por 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 el coseguro que usted paga por un medicamento en particular cuando el fabricante aumenta su precio, o cuando un plan comienza a ofrecer una versión genérica de un medicamento pero usted sigue tomando el medicamento de marca.

La cantidad que paga por una receta cubierta suele ser para un suministro de un mes de un medicamento. Sin embargo, puede pedir menos de un suministro de un mes. Puede hacer esto si está probando un medicamento nuevo o si desea sincronizar los resurtidos de sus medicamentos.

Si recibe menos de un suministro de un mes, la cantidad que paga se reduce según la cantidad que realmente recibe. Hable con la persona que le hace la receta para obtener una receta para menos de un suministro de un mes.

Niveles de la cobertura de medicamentos de Medicare

Por lo general, todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos tienen 3 niveles:

- **Nivel del deducible:** (página 17).
- **Nivel inicial de cobertura:** Después de alcanzar su deducible (si su plan tiene uno), pagará el 25% del costo de sus medicamentos genéricos y de marca hasta que su gasto de bolsillo en medicamentos de la Parte D cubiertos alcance $2,100 en 2026 (incluidos ciertos pagos realizados en su nombre, como a través del programa de Ayuda Adicional). Entonces, obtendrá automáticamente la “cobertura catastrófica”.
- **Etapa de cobertura catastrófica:** No tendrá que pagar de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D cubiertos durante el resto del año calendario.

¿Cómo pago la prima de mi plan?

Puede elegir pagar su prima entre las siguientes opciones:

- Que su plan lo deduzca de su cuenta corriente o de ahorros.
- Cargarlo a una tarjeta de crédito o débito (puede haber costos).
- Que su plan le facture cada mes. Algunos planes facturan por adelantado la cobertura del mes siguiente. Envíe su pago al plan, no a Medicare. Comuníquese con su plan para obtener la dirección de pago.
- Que le retengan la prima de su pago del Seguro Social. **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 hayan retenido de su pago del Seguro Social hasta 1 o 2 meses después de que se inscribió 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. Tendrá que pagar la prima mensual de su plan de medicamentos directamente a su plan durante esos meses. Su plan le informará cuándo se haya configurado el pago de su prima.
    - Si reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional, cubrirá algunas o todas sus primas de cobertura de medicamentos. El Seguro Social puede retener automáticamente su parte de las primas mensuales.
    - Si cambia a un plan diferente ofrecido por la misma compañía, aún necesita comunicarse con su nuevo plan para informarles que desea que le retengan las primas de su pago del Seguro Social. Tendrá que 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 del período de inscripción abierta de Medicare, en algunos casos la retención de su prima a través 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

Esta opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus costos de medicamentos de su bolsillo, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Esta opción de pago podría 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 seguirá pagando la prima de su plan (si lo tiene), y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos para pagar sus medicamentos recetados (en lugar de pagar en la farmacia). Todos los planes ofrecen esta opción de pago, y la participación es voluntaria. No cuesta nada participar en el plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare. Comuníquese con su plan o visite **es.Medicare.gov/prescription-payment-plan** para obtener 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 en la Parte D es una cantidad que se agrega permanentemente a la prima de su cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). Es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si, en cualquier momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más consecutivos durante el cual no tiene cobertura de medicamentos de Medicare ni otra cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare). Esto podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato actual o anterior, TRICARE, el Servicio de Salud Indígena, el VA o una cobertura de seguro médico individual. Por lo general, tendrá que pagar la sanción mientras tenga cobertura de medicamentos de Medicare, incluso si cambia de plan.

Nota: No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (si tiene una) mientras recibe la Ayuda Adicional (páginas 29–36).

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

La multa por inscripción tardía en la Parte D se calcula multiplicando el 1% de la "prima base nacional del beneficio" ($38.99 en 2026) por el número de meses completos sin cobertura durante los cuales usted fue elegible para inscribirse en la cobertura de medicamentos de Medicare pero no lo hizo (y estuvo sin otra cobertura acreditable de medicamentos recetados).

Ese monto se redondea a los $0.10 más cercanos y se agrega a su prima mensual. La prima base nacional del beneficiario puede aumentar cada año, por lo que el monto de la sanción también puede aumentar 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 cobertura de medicamentos acreditable, tendrá que pagar una multa por inscripción tardía del 14% además de la prima mensual de su plan. **Esta multa mensual se añade durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos de Medicare, incluso si cambia de plan.**

Aquí está el cálculo:
0.14 (penalización del 14%) x **$38.99** (prima base nacional del beneficiario de 2026) = **$5.46**
$5.46 redondeado al $0.10 más cercano = **$5.50**
$5.50 = su multa mensual para 2026.

Cuando se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o en un plan de salud con cobertura de medicamentos, el plan le dirá si debe pagar una multa y cuál será su prima.

¿Cómo evito pagar una multa?

- **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 3-4), a menos que tenga otra cobertura acreditable de medicamentos recetados en ese momento.
- **No pase 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos de Medicare ni otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.** La cobertura acreditable de medicamentos recetados podría incluir cobertura de medicamentos de un antiguo empleador o sindicato, TRICARE, el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), el programa civil de salud y médico del Departamento de Asuntos de Veteranos (CHAMPVA), el Servicio de Salud Indígena (IHS) o el Mercado de Seguros Médicos. Su plan debe informarle cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Conserve esta información porque puede necesitarla si obtiene cobertura de medicamentos de Medicare más adelante.
- **Informe a su plan de medicamentos de Medicare o a su plan de salud con cobertura de medicamentos cuando se inscriba si tenía otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.** Cuando se inscriba en un plan de medicamentos de Medicare o en un plan de salud, el plan puede enviarle una carta preguntándole si ha tenido cobertura acreditable de medicamentos recetados. Si recibe una carta, debe completar el formulario y devolverlo antes de la fecha límite indicada en la carta. Si no devuelve el formulario antes de la fecha límite, el plan no sabrá si tuvo otra cobertura acreditable y se le cobrará una penalización por inscripción tardía.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D de Medicare?

- Es posible que pueda solicitar una “reconsideración” (apelación) de la multa por inscripción tardía. Un contratista de Medicare no vinculado al plan de medicamentos realiza la reconsideración. Su plan de medicamentos le enviará información sobre cómo solicitar una reconsideración.

  Nota: Por lo general, no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de la multa por inscripción tardía en la Parte D si se unió antes a un plan de medicamentos diferente y ya estaba pagando una multa.
- Complete el formulario y envíelo a la dirección o al número de fax que figuran en el formulario. Debe hacerlo dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta que le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si envía la reconsideración después de 60 días, debe explicar por qué su solicitud se presenta tarde. Envíe cualquier prueba de cobertura acreditable que respalde su caso, como una copia de su tarjeta de medicamentos recetados o un aviso de cobertura acreditable de medicamentos recetados de un plan de empleador o sindicato.
- En general, el contratista de Medicare toma decisiones de reconsideración antes de transcurridos 90 días. El contratista intentará tomar una decisión lo más rápido posible. Sin embargo, por causa justificada, pueden tardar 14 días adicionales en resolver su caso.
- Por ley, la multa por inscripción tardía en la Parte D forma parte de la prima, así que **debe pagar la multa junto con su prima, incluso si no está de acuerdo con ella. También debe pagar la multa aunque haya solicitado una reconsideración, mientras espera una decisión.** Los planes de Medicare pueden dar de baja a los miembros que no pagan sus primas, incluida la parte del recargo por inscripción tardía en la prima.

¿Qué sucede si el contratista de Medicare decide que la multa es incorrecta?

Si el contratista de Medicare decide que su multa por inscripción tardía en la Parte D es incorrecta total o parcialmente, el contratista de Medicare les 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 que mostrará el monto correcto de su prima y explicará si recibirá un reembolso.

¿Qué sucede si el contratista de Medicare decide que la multa es correcta?

Si el contratista de Medicare decide que su multa por inscripción tardía en la Parte D es correcta, el contratista de Medicare le enviará una carta explicando la decisión, y usted debe pagar la multa.

¿Qué sucede si el contratista de Medicare no analiza la solicitud?

A veces, el contratista de Medicare desestimará una solicitud de reconsideración, lo que significa que no analizará la solicitud. Por ejemplo, pueden rechazar una solicitud si la presentó tarde, si está incompleta o si alguien presenta la solicitud en su representación pero no está legalmente autorizado para hacerlo.

Si el contratista desestima la reconsideración, usted recibirá un aviso que explica por qué denegaron su solicitud y cómo puede pedir una revisión de la desestimación.

¿Qué medicamentos están cubiertos?

Todos los planes deben cubrir una amplia gama de medicamentos que toman las personas con Medicare. Cada plan puede cubrir distintos medicamentos, por lo que no existe una sola lista de medicamentos cubiertos que sirva para todos los planes.

La autorización previa, la terapia escalonada y los límites de cantidad son algunas de las reglas de cobertura que los planes usan para asegurarse de que ciertos medicamentos se utilicen correctamente y solo 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 obtiene en la farmacia. Necesitará inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare o en un plan de salud con cobertura de medicamentos para obtener 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 las del herpes zóster, el VRS, el tétanos, la difteria y la tos ferina).

Aquí hay algunos ejemplos de medicamentos cubiertos por la Parte B:

- Inyecciones que recibe en el consultorio de un médico.
- Ciertos medicamentos por vía oral contra el cáncer.
- Medicamentos utilizados con algunos tipos de equipos médicos duraderos (como un nebulizador o una bomba de infusión externa).
- Ciertos medicamentos que recibe obtienen en un entorno ambulatorio, en circunstancias muy limitadas.

- Medicamentos inmunosupresores para trasplantes si Medicare ayudó a pagar su trasplante de órgano.
- Medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH.

Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare por estos medicamentos cubiertos.

La Parte B cubre las vacunas contra la COVID-19, las vacunas contra la gripe y las vacunas contra el neumococo. Medicare también cubre las vacunas contra la hepatitis B si cumple una de estas condiciones:

- Nunca ha recibido una serie completa de vacunas contra la hepatitis B.
- No conoce su historial de vacunación.
- Tiene cualquier otra afección que lo pone en riesgo medio o alto de hepatitis B (como vivir con alguien que tiene hepatitis B).

No paga nada (y no se aplica el deducible de la Parte B) por estas vacunas.

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

Nota: La Parte A de Medicare (seguro de hospital) o la Parte B generalmente no cubren medicamentos autoadministrados que recibe en un entorno ambulatorio (como en una sala de emergencias, una unidad de observación, un centro quirúrgico o una clínica del dolor). Su plan de medicamentos de Medicare 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 a su plan de medicamentos por la parte que sí cubre su plan. Llame a su plan si tiene alguna pregunta. Visite **es.Medicare.gov/coverage/prescription-drugs-outpatient** para obtener más información sobre cómo la Parte B de Medicare cubre los medicamentos que se administran por sí mismos y que recibe en un entorno ambulatorio hospitalario.

¿Qué pasa si tengo enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)?

Si tiene ESRD, puede obtener cobertura de medicamentos de Medicare. La Parte B de Medicare (seguro médico) pagará todos los medicamentos de diálisis renal que necesite, como los medicamentos inyectables y sus formas orales, los productos biológicos, incluidos los agentes estimulantes de la eritropoyesis utilizados para la diálisis, y los medicamentos de diálisis renal disponibles solo en forma oral.

Visite **es.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease** para obtener más información si tiene ESRD. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué es una lista de medicamentos (formulario)?

La lista de medicamentos que un plan cubre se denomina “formulario”. Todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud con cobertura de medicamentos deben asegurarse de que las personas inscritas 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 que se recetan con más frecuencia, pero los planes pueden elegir qué medicamentos cubrirán.

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

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

La lista de medicamentos de su plan podría no incluir un medicamento específico. Sin embargo, en la mayoría de los casos, debería haber un medicamento similar disponible. Si usted o la persona que le hace la receta creen que ninguno de los medicamentos de la lista de medicamentos de su plan funcionará para su afección, puede solicitar una excepción.

Un plan de Medicare puede hacer algunos cambios en su lista de medicamentos durante el año si sigue las pautas establecidas por Medicare. Su plan puede cambiar su lista de medicamentos durante el año porque las terapias con medicamentos cambian, se lanzan nuevos medicamentos recetados o se dispone de nueva información médica.

Los planes pueden retirar inmediatamente medicamentos de sus formularios si:

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

Para otros cambios que involucren un medicamento recetado que usted está tomando actualmente y que le afectarán durante el año, su plan debe hacer **una** de estas cosas:

- Darle aviso por escrito al menos **30 días** antes de que el cambio entre en vigor.
- Cuando solicite un resurtido, darle un aviso por escrito del cambio y al menos **un suministro para un mes** del medicamento bajo las mismas reglas que antes del cambio.

Si esto sucede, es posible que tenga que cambiar el medicamento recetado que usa o pagar más por él. También puede solicitar una excepción. Visite **es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans** para aprender cómo.

Categorías

Para reducir los costos, muchos planes colocan los medicamentos recetados en diferentes “categorías” en sus listas de medicamentos. Cada plan puede dividir sus categorías de diferentes maneras. Cada categoría cuesta una cantidad diferente. Por lo general, un medicamento en una categoría inferior le costará menos que un medicamento en una categoría superior.

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

- Categoría 1: Copago más bajo: La mayoría de los medicamentos recetados genéricos
- Categoría 2: Copago medio: Medicamentos recetados de marca preferidos
- Categoría 3: Copago más alto: Medicamentos recetados de marca no preferidos
- Categoría especializada: Copago más alto: Medicamentos recetados de costo muy alto

La lista de medicamentos de su plan podría no incluir un medicamento recetado que usted toma. Sin embargo, en la mayoría de los casos, puede obtener un medicamento similar que sea igual de eficaz.

En algunos casos, si su medicamento está en una categoría más alta (más costoso) y la persona que se lo receta considera que usted necesita ese medicamento en lugar de un medicamento similar en una categoría más baja, puede presentar una excepción para obtener un coseguro o copago más bajo para el medicamento en la categoría más alta. Los planes pueden cambiar su lista de medicamentos en cualquier momento. Su plan debe notificarle cualquier cambio en la lista de medicamentos que afecte los medicamentos que usted está tomando.

Medicamentos de marca y medicamentos 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 bajo nombres patentados y protegidos por marca registrada, y están protegidos por patentes. Cuando esas patentes expiren, otras empresas a menudo producirán versiones genéricas con los mismos ingredientes activos. Los medicamentos genéricos son copias de los medicamentos de marca y son iguales a esos medicamentos de marca en:

- Forma farmacéutica
- Cómo se toman
- Uso previsto
- Características de desempeño
- Calidad
- Seguridad
- Concentración

Los fabricantes de medicamentos genéricos deben demostrar a la FDA que su producto funciona de la misma manera que el medicamento de marca. En algunos casos, puede que no exista una versión genérica del medicamento de marca exacto que toma, pero puede haber otro medicamento genérico que le funcione. Hable con su proveedor para averiguar si una versión genérica de un medicamento funcionaría para usted.

Los planes que cumplen ciertos requisitos pueden reemplazar los medicamentos de marca en sus listas de medicamentos por nuevos medicamentos genéricos tan pronto como el genérico esté disponible. También pueden cambiar las reglas de costo o 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 recetado que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levadura.

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

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

Puede ahorrar dinero al usar biosimilares en lugar de productos biológicos originales. Hable con su proveedor para averiguar si una versión biosimilar de un producto biológico sería adecuada para usted.

¿Qué son las reglas de cobertura?

Los planes pueden tener algunas o todas estas reglas para los medicamentos que toma:

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

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

Autorización previa

La autorización previa es la aprobación basada en los requisitos específicos de un plan que usted y/o la persona que le hace las recetas deben obtener de un plan para ciertos medicamentos antes de que su plan los cubra. Es posible que la persona que le hace las recetas deba demostrar que el medicamento es médicamente necesario y que usted cumple ciertos requisitos para que el plan lo cubra.

Los planes también pueden usar autorización previa cuando solo 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 la lista de medicamentos para las otras afecciones médicas para las que la persona que le hace las recetas usa el medicamento para su tratamiento.

Usted o la persona que le hace las recetas pueden solicitar una excepción a la autorización previa. La persona que le hace las recetas debe proporcionar una declaración que respalde la solicitud, incluida la consideración de que:

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

Terapia escalonada

La terapia escalonada es un tipo de autorización previa que requiere que primero 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 antes de que pueda

pasar a un "escalón" para un medicamento más costoso. Algunos planes pueden requerir que pruebe:

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

Usted o su prescriptor pueden solicitar una excepción a la terapia escalonada. La persona que le hace las recetas debe proporcionar una declaración que respalde la solicitud, incluida la consideración de que:

- Debido a su afección médica, es médicamente necesario que tome un medicamento más caro sin probar primero el medicamento menos caro.
- 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 obtener información sobre cómo solicitar una excepción. Si se aprueba la excepción, su plan cubrirá el medicamento más caro, incluso si no probó primero el medicamento menos caro.

Ejemplo:

- **Paso 1:** El Dr. Smith quiere recetar un inhibidor de la ECA para tratar la insuficiencia cardíaca del Sr. Mason. Hay más de un tipo de inhibidor ECA. El plan del Sr. Mason le exige probar un inhibidor de la ECA de menor costo antes de probar uno más caro, porque el medicamento de menor costo es eficaz 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 darle esa información al plan y pedirles que cubran un medicamento de mayor costo que el Dr. Smith quiere recetar. Si se aprueba la solicitud de excepción, el plan del Sr. Mason avanzará un "paso" para cubrir el medicamento de mayor costo.

Límites de cantidad

Los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren durante un determinado período de tiempo, por razones de seguridad y costo. Por ejemplo, un plan puede cubrir solo 30 comprimidos de un medicamento al mes.

Usted o la persona que le hace las recetas pueden comunicarse con el plan para solicitar una excepción si la persona que le hace las recetas considera 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 obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Controles de seguridad

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

- Comprobación de interacciones medicamentosas y dosis incorrectas.
- Comprobación de posibles cantidades inseguras de medicamentos opioides para el dolor (como oxicodona e hidrocodona).

- Limitar su primera receta de opioides a un suministro de 7 días o menos.
- Limitar el uso de opioides al mismo tiempo que benzodiacepinas (como alprazolam (Xanax®), diazepam (Valium®) o clonazepam (Klonopin®)), comúnmente usadas 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). Pueden aumentar cuando toma opioides con otros medicamentos determinados, como benzodiazepinas, medicamentos anticonvulsivos, gabapentina, relajantes musculares, ciertos antidepresivos y medicamentos para problemas de 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 que 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 pedir al plan una decisión rápida sobre la cobertura. También puede pedir a su plan una decisión antes de ir a la farmacia. Para saber cómo solicitar una excepción, visite **es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans**.

Programas de gestión de medicamentos

Los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud con cobertura de medicamentos tienen programas de gestión de medicamentos para ayudarle a usar de manera segura medicamentos recetados como opioides y benzodiazepinas. Si obtiene recetas de opioides de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente por opioides, su plan puede consultar con su(s) médico(s) para asegurarse de que necesita estos medicamentos y de que los está usando de manera segura.

Si su plan decide que el uso de opioides recetados y benzodiacepinas puede no ser seguro, el plan puede limitar su cobertura de estos medicamentos bajo el programa de gestión de medicamentos. Su plan puede exigirle que obtenga estos medicamentos solo de ciertos médicos o farmacias para coordinar mejor su atención médica.

Su plan le enviará una carta antes de inscribirlo en el programa de gestión de medicamentos. Usted podrá decirle a su plan de qué médicos o farmacias prefiere obtener sus opioides y benzodiacepinas recetados, y proporcionar cualquier otra información que considere importante que el plan conozca. Su plan le enviará otra carta con su decisión.

Usted y su 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 apelación.

Nota: Las revisiones de seguridad de opioides y los programas de manejo de medicamentos generalmente no se aplicarán si usted tiene cáncer o enfermedad de células falciformes, recibe cuidados paliativos o atención al final de la vida, está en cuidados paliativos terminales o vive en un centro de atención a largo plazo.

Consejos importantes si le recetan opioides

- Los medicamentos opioides pueden ser una parte importante del control del dolor, pero también pueden tener graves riesgos para la salud si se usan incorrectamente.
- Nunca tome más opioides de los recetados. Además, hable con su médico sobre cualquier otro medicamento para el dolor (con receta y sin receta) que esté tomando.
- Almacene y deseche de forma segura los opioides recetados no utilizados a través de su programa comunitario de devolución de medicamentos o de su programa de devolución por correo de su farmacia.
- Hable con su proveedor sobre:
  - Tener naloxona o un medicamento similar en casa como medida de seguridad para revertir rápidamente los efectos de una sobredosis de opioides. Medicare cubre medicamentos para revertir la sobredosis de opiodes como naloxona que su médico puede recetar. La naloxona también está disponible sin receta.
  - Su dosis y el tiempo durante el que tomará opioides. Usted y su médico pueden decidir más adelante que no necesita tomar toda su receta.
  - Otras opciones que Medicare cubre para tratar su dolor, como medicamentos no opioides y dispositivos, fisioterapia, acupuntura para el dolor lumbar, psicoterapia individual y grupal, servicios de integración de salud conductual, y más.

Gestión de la terapia con medicamentos (MTM) para persones con necesidades de salud complejas

Los planes con cobertura de medicamentos de Medicare deben ofrecer servicios de MTM para ayudar a las personas que cumplen ciertos requisitos o que están en un programa de gestión de medicamentos. Si reúne los requisitos, puede obtener estos servicios sin costo para ayudarle a entender cómo administrar sus medicamentos y tomarlos de forma 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, usted puede obtener:

- Una revisión completa de sus medicamentos y los razones por las 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 sacar el máximo provecho de sus medicamentos (habrá espacio para que tome notas o escriba 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.

Recordatorio: Lleve su lista de medicamentos con usted cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica, o si va al hospital o a la 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, los deducibles, el coseguro y otros costos de la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).

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

Nota: La Ayuda Adicional no está disponible en Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los EE. UU., Guam, las Islas Marianas del Norte ni Samoa Americana. Sin embargo, hay otros programas disponibles en esas áreas para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados. Contacta a su oficina estatal de asistencia médica (Medicaid) para obtener más información. Puede obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado desde **Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip**.

¿Qué cubre la Ayuda Adicional?

Si recibe Ayuda Adicional en 2026, pagará:

- $0 por la prima y el deducible de su plan de medicamentos de Medicare
- Hasta $5.10 por cada medicamento genérico
- Hasta $12.65 por cada medicamento de marca
- $0 por cada medicamento cubierto una vez que su gasto total de bolsillo (incluidos ciertos pagos realizados en su representación, como a través del programa de Ayuda Adicional) alcance $2,100

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

¿Quién recibe la Ayuda Adicional automáticamente?

Recibirá la Ayuda Adicional automáticamente si recibe:

- Beneficios completos de Medicaid
- Ayuda de su estado para pagar sus primas de la Parte B (de un programa de ahorros de Medicare)
- Beneficios de seguridad de ingreso suplementarios (SSI) del Seguro Social

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

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

Recibirá un nuevo aviso si ya no reúne los requisitos para recibir 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, conservará su Ayuda Adicional y el mismo plan de medicamentos para el próximo año.

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

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

Si tiene cobertura de su empleador o sindicato y se inscribe en la cobertura de medicamentos de Medicare, puede perder su cobertura de su empleador o sindicato (para usted y sus dependientes), incluso si califica para la 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 aparte, llame al plan que figura en su carta. Dígales que no desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare (que 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 la familia. Cualquier cambio que afecte su Ayuda Adicional comenzará el 1 de enero del año siguiente. Comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Si solicitó y calificó para la Ayuda Adicional a través de su estado, las normas de su estado pueden exigirle que les informe sobre cambios en sus circunstancias. Contacte a su oficina estatal de asistencia médica (Medicaid) para obtener más información. Visite **Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip** para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado.

¿Quién puede solicitar la Ayuda Adicional?

En la mayoría de los casos, para obtener la Ayuda Adicional debe tener ingresos y recursos por debajo de un cierto límite. Estos límites pueden cambiar cada año. Aunque ahora no califica para la Ayuda Adicional, puede volver a solicitarla en cualquier momento del año si sus ingresos y recursos cambian.

Visite **SSA.gov/medicare/part-d-extra-help** para solicitar la Ayuda Adicional. También ponerse en contacto con el programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP) de su estado para obtener ayuda gratuita con la solicitud. Visite **shiphelp.org** para obtener el número de teléfono de su SHIP.

Nota: Puede solicitar la Ayuda Adicional y programas de ahorros de Medicare (MSP) al mismo tiempo. Los MSP pueden ayudar con otros costos de Medicare, como las primas y los 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 2026 para todos los estados (excepto Alaska y Hawái) y DC

Su situación:	Límite de ingresos:	Límite de recursos:
Individual	$23,940	$18,090
Pareja casada	$32,460	$36,100

Límites de ingresos y recursos en 2026 para Alaska

Su situación:	Límite de ingresos:	Límite de recursos:
Individual	$29,925	$18,090
Pareja casada	$40,575	$36,100

Límites de ingresos y recursos en 2026 para Hawái

Su situación:	Límite de ingresos:	Límite de recursos:
Individual	$27,540	$18,090
Pareja casada	$37,335	$36,100

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

Qué cuentan los estados para los límites de ingresos

Cuentan:

- Pensión para excónyuge
- Anualidades
- Ingresos por trabajo por cuenta propia
- Pensiones
- Beneficios de la junta de jubilación ferroviaria (RRB)
- Ingresos por alquiler
- Beneficios del Seguro Social
- Beneficios para veteranos
- Salarios
- Seguro de accidente del trabajo

No cuentan:

- Ayuda de otras personas para pagar los gastos del hogar
- Asistencia en caso de desastre
- Pagos del crédito fiscal por ingresos obtenidos
- Asistencia para energía en el hogar
- Asistencia para la vivienda
- Tratamiento médico y medicamentos
- Becas y subvenciones educativas
- Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
- Pagos de compensación a víctimas

Qué cuentan los estados para los límites de recursos

Cuentan:

- Efectivo
- Dinero en una cuenta corriente, de ahorros o de jubilación
- Bienes raíces **distintos** de la vivienda en la que vive (su residencia principal)
- Acciones, bonos, bonos de ahorro, fondos mutuos

No cuentan:

- Parcela para sepultura
- Muebles
- Artículos del hogar y personales
- Un automóvil
- Hasta $1,500 para gastos de entierro si ha apartado ese dinero
- Su vivienda

Consulte la publicación "Understanding the Extra Help with Your Medicare Prescription Drug Plan" (Explicación de la Ayuda Adicional con su plan de medicamentos recetados de Medicare) en **SSA.gov/pubs/EN-05-10508.pdf** para obtener más información sobre los límites de ingresos y recursos.

¿Cómo funcionan estos límites para las parejas casadas?

- Si está casado/a y vive con su cónyuge, los ingresos y recursos de **ambos** cuentan, incluso si solo uno de ustedes solicita la Ayuda Adicional.

  Nota: Las parejas casadas que viven juntas, cuando ambas solicitan la 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/a y **no** vive con su cónyuge, solo cuentan **sus** ingresos y recursos.

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

- Apoyan económicamente a otros miembros de la familia que viven con ustedes.
- Tienen ingresos por trabajo.
- Vive en Alaska o Hawái.

¿Qué pasa si cambia mi estado civil?

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

- Matrimonio
- Divorcio
- Anulación
- Separación (no temporal)
- Usted y su cónyuge vuelven a vivir juntos después de separarse
- Muerte del cónyuge (en esta situación, el cambio en su Ayuda Adicional puede retrasarse un año)

Un cambio en su estado civil podría aumentar o disminuir sus ingresos y/o recursos, lo que podría cambiar si es elegible o no para la 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.

¿Qué sucede una vez que empiece a recibir la Ayuda Adicional?

Si aún no tiene cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), lo inscribiremos en un plan para que pueda obtener ayuda con los costos de sus medicamentos.

Recibirá un aviso por correo que le informará:

- Acerca su nuevo plan. Compruebe si el plan cubre los medicamentos y las farmacias que utiliza. Puede elegir un plan de medicamentos de Medicare diferente si lo desea.
- Que reciba la Ayuda Adicional durante el resto del año calendario. Aunque sus ingresos cambian a mitad de año, seguirá recibiendo la Ayuda Adicional hasta el 31 de diciembre.

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

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

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

Nota: La mayoría de las personas con Medicare solo puede cambiar de plan en ciertos momentos del año.

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

Comuníquese con su plan de medicamentos si recibe la Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por sus medicamentos. Su plan puede pedirle prueba de que recibe la Ayuda Adicional, para que puedan corregir sus costos. Ejemplos de prueba de que recibe la Ayuda Adicional son:

- Un aviso de Medicare que indica que usted califica para la Ayuda Adicional o que su Ayuda Adicional cambiará el próximo año. Este aviso estará en papel amarillo, verde, morado o naranja.
- Su carta de adjudicación del Seguro Social (si recibe beneficios mensuales de seguridad de ingreso suplementario (SSI)).

- **Si tiene Medicaid:**
  - Cualquier documento de su estado que muestre que tiene Medicaid, como su tarjeta de Medicaid o su carta de adjudicación de Medicaid.
  - Otros documentos, como una impresión de un archivo electrónica de inscripción estatal o una captura de pantalla del sistema de Medicaid de su estado.
  - La fecha en que llamó a la oficina de Medicaid de su estado para confirmar su cobertura de Medicaid, el nombre y el número de teléfono de la persona del personal del estado 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 cuidados a largo plazo (como un asilo de ancianos) o recibe servicios basados en el hogar y la comunidad:**
  - Una factura del centro, o una copia de un documento estatal que muestre que Medicaid pagó su estancia durante al menos un mes.
  - Un documento estatal que muestre que tiene Medicaid y recibe servicios basados en el hogar y la comunidad.
  - Prueba de una farmacia de que facturaron a Medicaid y de que Medicaid pagó.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Podemos confirmar que recibe la Ayuda Adicionaly ayudarle a resolver asuntos con su plan.

Nota: Dígale a su plan cuántos días de medicamento le quedan. Su plan y Medicare tratarán de solucionar el problema antes de que se le terminen.

¿Qué sucede si no califico para la Ayuda Adicional?

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

Si no reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional, aún puede elegir e inscribirse en una cobertura 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: Aunque ahora no califique para la Ayuda Adicional, asegúrese de obtener cobertura de medicamentos de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados cuando sea elegible por primera vez para Medicare, para evitar pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida (páginas 19–21).

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

Si su solicitud de Ayuda Adicional es denegada, usted tiene derecho a apelar la decisión. El Seguro Social le dará una audiencia por teléfono a menos que usted elija una revisión de su caso. De cualquier manera, revisarán las partes de la decisión que usted considera incorrectas y examinarán cualquier información nueva que usted proporcione. El Seguro Social también puede revisar las partes que usted cree que son correctas. Alguien del Seguro Social que no estuvo involucrado 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 la determinación para la Ayuda Adicional con los costos del plan de medicamentos recetados de Medicare) y las instrucciones sobre cómo

completarlo. Si necesita ayuda para completar este formulario, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213.

Si desea presentar una apelación, tenga en cuenta lo siguiente:

- Tiene 60 días para presentar una apelación.
- Sus 60 días comienzan el día después de que reciba una carta del Seguro Social denegando 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 contar con la ayuda de un abogado, un amigo u otra persona, como se indica en el formulario.

¿Qué es el programa de transición para nuevos elegibles con ingresos limitados de Medicare (LI NET)?

El Programa LI NET de Medicare ofrece cobertura temporal de medicamentos de la Parte D de Medicare a las personas que reúnen los requisitos para recibir Ayuda Adicional o Medicaid, pero que aún no están inscritas en ninguno de estos programas. LI NET cubre todos los medicamentos incluidos en la Parte D y no impone restricciones en cuanto a las farmacias de la red.

Si reúne los requisitos para LI NET, obtendrá cobertura temporal de medicamentos (hasta 2 meses). Estará cubierto por LI NET hasta que su inscripción automática entre en vigor o usted elija e ingrese en 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 termina después de 2 meses.

Si recibe la Ayuda Adicional, LI NET le cubre en todas las farmacias durante hasta 30 días en el pasado. Si recibe tanto Medicaid como Medicare, o si recibe seguridad de ingreso suplementario (SSI), LI NET le cubre de forma retroactiva, por hasta 36 meses en el pasado.

¿Quién se inscribe automáticamente en el programa LI NET?

La mayoría de las personas elegibles para el programa LI NET se inscriben automáticamente por una de estas razones:

- Usted recibe tanto Medicaid como Medicare.
- Usted es elegible para la Ayuda Adicional y su inscripción automática en un plan de medicamentos de Medicare aún no ha entrado en vigor.

Usted es elegible para el programa LI NET si recibe Medicare y califica para un programa de ahorros de Medicare, pero necesita presentar una solicitud.

¿Cómo solicito al programa LI NET si no estoy inscrito automáticamente?

Puede solicitar LI NET de una de estas maneras:

- Surta una receta en una farmacia y pida a la farmacia que presente su reclamación a LI NET. Asegúrese de llevar su tarjeta de Medicare.
- Comuníquese con el programa LI NET si usted solicita que le reembolsen los costos de medicamentos pagados de su bolsillo (descritos a continuación).
- Para obtener un formulario de inscripción al programa LI NET, visite el programa LI NET en **provider.humana.com/pharmacy-resources/medicare-linet**.

¿Puedo recibir un reembolso por los costos de medicamentos pagados de mi bolsillo?

Es posible que pueda recuperar algo de dinero si pagó por medicamentos de la Parte D cubiertos después de que calificó para LI NET.

Guarde sus recibos con los precios de sus medicamentos recetados y llame a LI NET al 1-800-783-1307 para averiguar si reúne los requisitos. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Alguien estará disponible para atender su llamada de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este (ET).

¿Hay otras maneras de reducir mis costos de medicamentos?

Si no obtiene la Ayuda Adicional, puede haber otras formas de ahorrar en los costos de los medicamentos:

- **Descubra si su estado ofrece ayuda con los costos de los medicamentos.** Consulte los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP) para averiguar si reúne los requisitos. Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen algún tipo de programa para ayudar a las personas con Medicare a pagar las primas de la Parte D, los copagos y/o el coseguro. Algunos SPAP pueden requerir que obtenga cobertura de medicamentos de Medicare y, luego, le ayudarán con los costos de los medicamentos que Medicare no cubre. Visite **go.es.Medicare.gov/spap** para averiguar si su estado tiene un SPAP.
- **Compruebe si la empresa que produce su medicamento ofrece ayuda para pagarlo.** Muchos de los principales productores de medicamentos ofrecen programas de asistencia farmacéutica (a veces denominados “programas de asistencia al paciente” o PAP) para personas con cobertura de medicamentos de Medicare. Visite **go.es.Medicare.gov/pap** para averiguar si los productores de los medicamentos que toma ofrecen un PAP.
- **Hable con su médico.** Pregúntele a su médico si puede tomar un medicamento genérico o una marca más barata (si hay una disponible).
- **Consulte los costos de las farmacias de pedido por correo.** A veces usar una farmacia de pedido por correo es más barato.
- **Visite TrumpRx.gov**. Encuentre ofertas especiales y el precio en efectivo más bajo de los medicamentos recetados. (No puede comprar medicamentos directamente de TrumpRx).Compare los precios de TrumpRx con lo que paga bajo su plan para asegurarse de obtener el mejor precio. TrumpRx y otros tipos de tarjetas de descuento no se consideran cobertura acreditable. Cuando los usa (en lugar de su plan de Medicare) para comprar medicamentos, no cuenta para su deducible de Medicare ni para su máximo de gastos de bolsillo.

Sección 5:

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 surtendo recetas en la misma farmacia que usa ahora, verifique si esa farmacia está dentro de la red. Comuníquese con su plan, su farmacia o con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si su farmacia está dentro de la red. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Algunos planes de medicamentos de Medicare o planes de salud con cobertura de medicamentos ofrecen un descuento o solo cubren sus medicamentos cuando los surte en una farmacia de su red.

Además de las farmacias minoristas locales, la red de su plan podría incluir farmacias preferidas o un programa de pedido por correo.

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

Antes de transcurridas 2 semanas después de que su plan de medicamentos reciba su solicitud completa, recibirá una carta informándole que recibió su información. Antes de transcurridas 5 semanas, debería recibir un paquete de bienvenida con la tarjeta de identificación de su plan.

Para surtir su receta, lleve:

- Una identificación con foto (como una licencia de conducir estatal o un pasaporte).
- Su tarjeta para la cobertura de medicamentos de Medicare.

También debe llevar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, como prueba de que tiene Medicare. Si tiene tanto Medicare como Medicaid, o califica para la Ayuda Adicional, también debe llevar prueba de que tiene Medicaid o prueba de que califica para la Ayuda Adicional. Esto ayudará a asegurarse de que no pague más de lo que debería por sus medicamentos recetados.

Visite **es.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/mailings/help** para obtener más información sobre las cartas que recibe acerca de la Ayuda Adicional, o vaya a la página 34 para obtener información sobre lo que puede usar para demostrar que recibe la Ayuda Adicional y/o Medicaid.

¿Cómo puedo surtir una receta sin mi nueva tarjeta del plan?

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

- La carta de acuse de recibo, confirmación o bienvenida que recibió del plan.
- Un número de confirmación de inscripción que recibió del plan, y el nombre y número de teléfono del plan.
- Una copia de su tarjeta oficial de Medicare.

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

Si no tiene ninguno de los elementos anteriores, es posible que su farmacéutico aún pueda obtener la información de su plan de medicamentos. Tendrá que darle su número de Medicare o los últimos 4 dígitos de su número del Seguro Social.

Si su farmacéutico no puede obtener la información de su plan de medicamentos, su médico puede 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 por sus medicamentos, guarde sus recibos y comuníquese con su plan. Es posible que pueda recuperar parte de lo que gaste, o que el importe se le acredite para sus gastos de bolsillo.

¿Puedo usar una farmacia de pedido por correo?

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

Los planes deben obtener su aprobación para enviar por correo un medicamento recetado (nuevo o resurtido), (a menos que usted solicite el resurtido o la nueva receta). Algunos planes pueden pedir su aprobación cada año, y otros planes pueden pedirla antes de cada entrega.

Esta política no se aplica a los programas de recordatorio de resurtido (donde usted acude en persona a recoger la receta) ni a las farmacias de atención a largo plazo.

Nota: Asegúrese de darle a su farmacia la mejor manera de comunicarse con usted, para que no se pierda una llamada de confirmación de resurtido u otra comunicación.

Comuníquese con su plan si recibe recetas de una farmacia de pedidos por correo que usted no aprobó ni solicitó. Puede ser elegible para un reembolso por el monto que su plan le cobró. 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 34 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**.

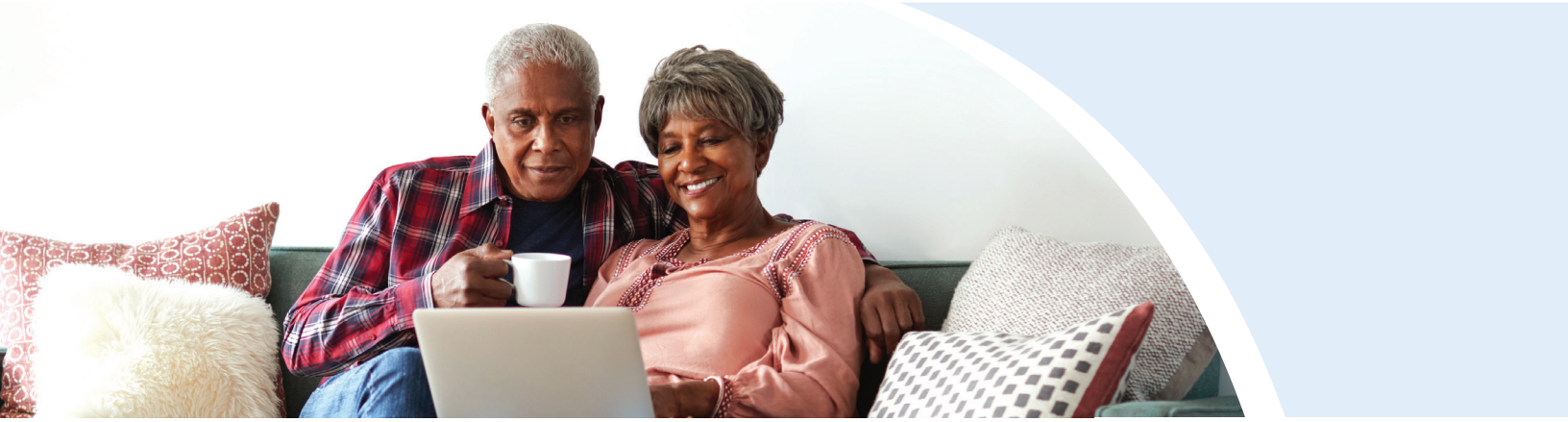
¿Qué sucede si me inscribo en un plan y luego mi médico cambia mi receta?

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 cuánto cuestan, así como las reglas de cobertura del plan, como la autorización previa, la terapia escalonada y los límites de cantidad.



Sección 6:

Más información

- **Acerca de Medicare:** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, incluidos los fines de semana, para obtener la información que necesita. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **Acerca de formas de ayudar a reducir sus costos de Medicare:** Visite **es.Medicare.gov/basics/costs** para obtener ayuda para conocer formas de ahorrar en sus costos de salud y medicamentos de Medicare.
- **Acerca de la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D):** Visite **es.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d**.
- **Acerca de cómo encontrar planes de la Parte D de Medicare:** Visite **es.Medicare.gov/plan-compare** e introduzca su farmacia y sus medicamentos para obtener información personalizada sobre los costos.
- **Acerca de cómo solicitar Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos de Medicare:** Visite **SSA.gov/medicare/part-d-extra-help**.
- **Acerca del asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud acerca de sus opciones de cobertura:** Comuníquese con su programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP). Visite **shiphelp.org** para obtener el número de teléfono de su SHIP.

Comunicaciones accesibles de CMS

Medicare proporciona ayudas 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 ningún tiempo adicional necesario para proporcionársela. Esto significa que tendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida si hay un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

Para solicitar información de Medicare o del mercado en un formato accesible, puede:

1. Llamarnos:
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. Enviarnos un correo electrónico:
altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Enviarnos un carta:
Centers for Medicare & Medicaid Services
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
7500 Security Boulevard
Mail Stop DO-01-20
Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si lo sabe) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Podremos ponernos en contacto con usted para obtener información adicional.

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

Aviso de no discriminación

Los centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, niegan beneficios ni discriminan de ningún otro modo contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo o edad en la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios en virtud de cualquiera de sus programas y actividades, ya sea que CMS los lleve a cabo directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la que CMS acuerde llevar a cabo sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS por cualquiera de los medios incluidos en este aviso si tiene alguna inquietud 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 experimentar 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 maneras de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles:

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 TTY puede llamar al 1-800-537-7697.

3. Por escrito: Envíe información sobre su queja a:
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Notas

Departamento de Salud y Servicios Humanos
de los EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial
Sanción por uso privado, $300

¿Necesita una copia de este folleto en inglés?

Para obtener una copia gratuita de este folleto en inglés, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Medicare

La información contenida en este folleto describe el programa de Medicare en el momento en que se imprimió este folleto. Pueden producirse cambios después de la impresión. Visite **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 sobre la cobertura de medicamentos de Medicare" no es un documento legal. La orientación legal oficial del programa Medicare se contiene en los estatutos, reglamentos y resoluciones pertinentes.

Este producto fue producido a expensas de los contribuyentes estadounidenses.

CMS Producto No. 11109-S • Junio 2026