

Su Guía sobre la Cobertura de Medicare para Medicamentos

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

- Cómo funciona esta cobertura
- Cómo obtener la Ayuda Adicional si sus ingresos y recursos son limitados
- Cómo la cobertura de medicamentos de Medicare afectará a su cobertura de medicamentos actual



“Su guía sobre la cobertura de Medicare para medicamentos” no es un documento legal. Las puntas legales oficiales del programa oficial de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

La información de esta publicación describe el programa de Medicare al momento de su impresión. Pueden surgir modificaciones posteriores a la impresión. Visite [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

Índice

Sección 1: Aspectos básicos7

La cobertura Medicare para medicamentos se agrega a su cobertura de salud de Medicare	7
Elija la cobertura de medicamentos más conveniente para sus necesidades	9
Obtenga ayuda con sus opciones	10

Sección 2: Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare 11

¿Cómo difiere la cobertura de la Parte D de la cobertura de la Parte B para ciertos medicamentos?	12
¿Qué planes están disponibles en mi zona?	12
¿Cuánto me costará la cobertura de medicamentos?	13
¿Cómo puedo pagar la prima del plan?	17
¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o cancelar un plan de Medicare para medicamentos?	17
¿Cómo puedo cambiar de plan?	19
¿Cómo puedo inscribirme en un plan?	19
¿Qué es la multa por inscripción tardía en la Parte D?	19
¿Cuál es es la cantidad de la multa por inscripción tardía?	20
¿Cómo evito pagar una multa?	21
¿Qué información necesito para inscribirme en la cobertura de Medicare para medicamentos?	22
¿Recibiré una tarjeta por separado para mi cobertura de Medicare para medicamentos?	22
¿Qué pasa si tengo que adquirir un medicamento antes de recibir mi tarjeta de miembro?	23
¿Dónde puedo comprar mis medicamentos?	24
¿Puedo utilizar el servicio de pedido por correo de resurtido automático para obtener mis medicamentos?	25

Índice (continuación)

¿Qué sucede si tengo una enfermedad renal en etapa final (ESRD)? . . .	25
¿Cuáles son los medicamentos cubiertos?	26
¿Qué pasa si, cuando entra en vigencia la cobertura, estoy tomando un medicamento que no está en la lista de medicamentos?	32
¿Qué ocurre si me inscribo en un plan y luego, mi médico cambia mi receta?	33
Si tomo medicamentos para tratar otra afección, ¿soy elegible para el programa de Control de la Terapia de Medicamentos?	33
Sección 3: Cómo obtener la Ayuda Adicional	35
Las maneras en las que puede obtener la Ayuda Adicional.	35
¿Cómo calificar para la Ayuda Adicional?	41
¿Por cuánto tiempo recibiré la Ayuda Adicional si soy elegible?	43
Si reúno los requisitos para la Ayuda Adicional, ¿cómo puedo estar seguro de que estoy pagando la cantidad correcta?	45
¿Qué puedo hacer si me deniegan la solicitud de la Ayuda Adicional? . .	46
¿Qué puedo hacer si no soy elegible para la Ayuda Adicional?	48
Otras maneras de ahorrar si no le otorgan la Ayuda Adicional	48
Sección 4: Sus opciones de cobertura	51
Obtenga ayuda con las decisiones sobre la cobertura de medicamentos . .	51
¿Qué debo considerar antes de adquirir una cobertura de medicamentos de Medicare?	52
Sólo tengo la Parte A y/o B y no tengo cobertura de medicamentos . .	53
Tengo Medicare y una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) sin cobertura de medicamentos	53
Tengo Medicare y una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) con cobertura de medicamentos	54
Tengo Medicare y la cobertura de medicamentos de mi empleador o sindicato actual o anterior	55

Índice (continuación)

Tengo Medicare y un plan de Beneficios Médicos para Empleados Federales (FEHB)	58
Tengo Medicare y uno de estos que incluye cobertura de medicamentos: TRICARE, CHAMPVA o beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)	58
Tengo un plan de salud de Medicare sin cobertura de medicamentos ..	60
Tengo un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos ..	61
Tengo Medicare y Medicaid	62
Tengo Medicare y recibo la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o pertenezco a un Programa de Ahorros de Medicare	63
Tengo Medicare y vivo en un asilo para ancianos u otra institución ..	64
Tengo Medicare y los beneficios del Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE)	65
Tengo Medicare y recibo ayuda del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) para pagar los costos de los medicamentos ..	66
Recibo ayuda de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)	67
Tengo Medicare y la cobertura de medicamentos del Servicio de Salud para Indígenas, Tribu u Organización de Salud Tribal o del Programa Urbano de Salud para Indígenas	68

Sección 5: Tres pasos para elegir cobertura de Medicare para medicamentos

Paso 1: Reúna información sobre sus necesidades y cobertura de medicamentos actual	69
Paso 2: Compare la cobertura de medicamentos de Medicare teniendo en cuenta su precio, cobertura y servicio al cliente	71
Paso 3: Elija el plan que más le convenga e inscríbase	72

Índice (continuación)

Sección 6: Consejos para usar su nueva cobertura de medicamentos de Medicare	73
Si tiene tanto Medicare como Medicaid o reúne los requisitos para la Ayuda Adicional	73
¿Qué pasa si el farmacéutico no puede confirmar mi inscripción en una cobertura de medicamentos o que me hayan otorgado la Ayuda Adicional?	74
Programa de Medicare de Transición para Personas Recién Elegibles y de Ingresos Limitados (NET, en inglés)	74
Sección 7: Derechos y apelaciones	75
¿Cómo me protejo del fraude y el robo de identidad?	75
¿Qué puedo hacer si necesito asistencia para pedir la Ayuda Adicional, inscribirme en la cobertura de Medicare para medicamentos o solicitar una apelación o determinación de cobertura?	76
¿Qué puedo hacer si me rechazan la inscripción a un plan de Medicare para medicamentos?	78
¿Qué puedo hacer si mi plan no cubre un medicamento que necesito?	78
¿Cómo puede apelar si tengo una cobertura de medicamentos de Medicare?	80
¿Cuál es el proceso de apelación para la cobertura de medicamentos de Medicare?	80
¿Cómo presento una queja?	81
¿Qué puedo hacer si estoy en desacuerdo con la multa por inscripción tardía de Medicare?	82
Sección 8: Para obtener más información	83
Sección 9: Definiciones	85

Aspectos básicos

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

La **cobertura Medicare para medicamentos (Parte D)** le ayuda a pagar los medicamentos genéricos y los de marca. Las compañías de seguro y otras empresas privadas aprobadas por Medicare ofrecen planes de medicamentos de Medicare.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Puede obtener cobertura de dos maneras:

1. **Los planes de medicamentos de Medicare** (conocidos como “PDP”) son planes de medicamentos independientes que agregan la cobertura de medicamentos al Medicare Original. Los planes de medicamentos de Medicare también pueden agregar la cobertura de Medicare a algunos planes de salud de Medicare, como algunos **planes privados de pago por servicio (PFFS) de Medicare**, algunos **Planes de Costos de Medicare** y **Planes de Cuenta de Ahorros (MSA) de Medicare**.
2. Algunos **planes Medicare Advantage** u otros **planes de salud de Medicare** ofrecen cobertura de medicamentos. Generalmente, obtiene todos sus servicios de la **Parte A de Medicare (seguro de hospital)**, **Parte B de Medicare (seguro médico)** y Parte D a través de estos planes. A los planes Medicare Advantage que ofrecen cobertura de medicamentos se los conoce como “MA-PD”. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage que no tiene cobertura de medicamentos, en la mayoría de los casos, no podrá agregar un plan de medicamentos de Medicare aparte. Con un plan de Costos de Medicare, puede obtener su cobertura de medicamentos de Medicare del plan (si se ofrece), o puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte para agregar cobertura de medicamentos.

En esta publicación, el término “cobertura de medicamentos de Medicare” se usará para referirse a todos los planes que ofrecen cobertura Medicare para medicamentos (Parte D).

1

Aspectos básicos

La cobertura Medicare para medicamentos se agrega a su cobertura de salud de Medicare (continuación)

Inscripción en un plan de medicamentos

Para inscribirse en un **plan de medicamentos de Medicare**, un **plan Medicare Advantage** u otro **plan de salud de Medicare** con cobertura de medicamentos, debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos. Para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, debe tener **la Parte A de Medicare (seguro de hospital)** o **la Parte B de Medicare (seguro médico)**.

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage (MA) o en la mayoría de los demás planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos, debe tener la Parte A y Parte B. También debe vivir en el área de servicio del plan de salud o de medicamentos de Medicare al que desea inscribirse. Por lo general, debe inscribirse en un plan MA que incluya cobertura de medicamentos. Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare aparte, en la mayoría de los casos, perderá su plan MA actual y regresará **al Medicare Original** para su cobertura médica. Con un **plan de Costos de Medicare**, puede obtener su cobertura de medicamentos del plan (si se ofrece), o puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte para agregar cobertura de medicamentos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

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

Si decide inscribirse en la cobertura de Medicare para medicamentos, compare los planes en su área y de elija uno que mejor se adapte a sus necesidades. Si no se inscribe en la cobertura de Medicare para medicamentos cuando primero es elegible para Medicare y no tiene una cobertura de medicamentos que, en promedio, se espera que pague, por lo menos la cantidad estándar que paga la cobertura Medicare para medicamentos (denominada **cobertura de medicamentos acreditable o válida**), es posible que tenga que pagar una **multa** por inscripción tardía de por vida si decide hacerlo después. La multa es adicional a su **prima** mensual siempre que tenga un plan de Medicare para medicamentos.

1

Aspectos básicos

Elija la cobertura de medicamentos más conveniente para sus necesidades

Todo beneficiario de Medicare debe tomar una decisión sobre la cobertura de medicamentos. Si actualmente no toma demasiados medicamentos, igualmente puede querer pensar en inscribirse en la cobertura de Medicare para medicamentos para ayudar a bajar los costos de sus medicamentos ahora y prevenir los aumentos de precios futuros.

Si es nuevo en Medicare y ya tiene otra cobertura de medicamentos, tiene opciones nuevas para considerar. Si no es nuevo en Medicare, debe querer evaluar sus opciones para encontrar la cobertura de medicamentos que satisfaga sus necesidades. Puede inscribirse o cambiar de planes de medicamentos de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, y su nueva cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.

Tenga en cuenta todas sus opciones de cobertura de medicamentos antes de tomar una decisión. Observe la cobertura de medicamentos que tenga, como la cobertura de un empleador o sindicato, TRICARE, del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) o del Servicio de Salud para Indígenas. Compare su cobertura actual con la cobertura de medicamentos de Medicare. Su cobertura actual puede cambiar debido a la cobertura de medicamentos de Medicare, de manera que considere todas sus opciones de cobertura.

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

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

Consulte la Sección 4 para obtener información detallada sobre cómo la cobertura de medicamentos de Medicare puede afectar a otras coberturas.

1

Aspectos básicos

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Obtenga ayuda con sus opciones

- Consulte [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) para encontrar planes en su zona que cubren sus medicamentos y las farmacias que puede usar.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para asesoría gratuita y personalizada sobre seguros de salud. Para obtener los números del SHIP actualizados, visite shiphelp.org.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

A continuación le mencionamos lo que debe comparar antes de elegir una cobertura de medicamentos:

Cobertura

La cobertura de medicamentos de Medicare cubren medicamentos genéricos y de marca. Todos los planes deben cubrir las mismas categorías de medicamentos, pero, generalmente, los planes pueden elegir los medicamentos específicos que están cubiertos en cada categoría de medicamentos. Consulte con el plan para ver si cubre los medicamentos que toma.

Costo

Los planes tienen **primas** mensuales diferentes. Lo que usted pague por cada medicamento dependerá del plan. Si tiene ingresos y recursos limitados, podría recibir la **Ayuda Adicional** de Medicare para pagar el costo de su cobertura de medicamentos. Para obtener más información sobre la Ayuda Adicional, consulte la Sección 3.

Conveniencia

Verifique con el plan para asegurarse de que las farmacias del plan que elige le convengan. Muchos planes también le permitirán ordenar sus medicamentos por correo. Si usted pasa parte del año en otro estado, fíjese si el plan lo cubre allí.

Calidad

Visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para obtener Calificaciones por Estrellas de calidad para planes en distintas categorías, como el servicio al cliente. O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre la clasificación por estrellas de calidad. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

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

La **Parte B de Medicare (seguro médico)** provee cobertura limitada de medicamentos. El plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en la farmacia. Tendrá que inscribirse en un plan de medicamentos o en un plan de salud con cobertura de medicamentos para obtener la cobertura de Medicare para los medicamentos para la mayoría de las afecciones crónicas, como la hipertensión.

La Parte B cubre ciertos medicamentos, como inyecciones que le administran en el consultorio del médico, ciertas medicamentos orales para el cáncer y medicamentos usados con algún tipo de equipo médico duradero, como un nebulizador o una bomba de infusión externa. En circunstancias muy limitadas, la Parte B cubre determinados medicamentos que recibe como paciente ambulatorio en el hospital. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para estos medicamentos cubiertos. La Parte B también cubre las vacunas contra la gripe y los neumococos. Generalmente, los planes de medicamentos de Medicare cubren otras vacunas (como la del herpes zoster) necesarias para prevenir la enfermedad.

Nota: La **Parte A de Medicare (seguro de hospital)** o la Parte B en general no cubren los medicamentos de autoadministración que recibe como paciente ambulatorio como en una sala de emergencias, unidad de observación, centro de cirugías o clínica del dolor. Su plan de Medicare para medicamentos puede cubrir estos medicamentos en determinadas circunstancias. Es probable que deba pagar el costo total de estos medicamentos como gastos de bolsillo y enviar un reclamo a su plan de medicamentos para recibir un reembolso de la parte que no se cubrió. Llame a su plan si tiene preguntas. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para más información sobre cómo Medicare cubre los medicamentos de autoadministración que recibe en el hospital como paciente ambulatorio.

¿Qué planes están disponibles en mi zona?

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

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

¿Cuánto me costará la cobertura de medicamentos?

Los planes de medicamentos y de salud de Medicare tienen diferentes coberturas y costos, pero todos ellos deben brindarle por lo menos una cobertura estándar de **Medicare**. Lo que usted paga en realidad por la cobertura de medicamentos de Medicare dependerá de los medicamentos que usa, el plan de Medicare para medicamentos en el que se inscribe, si la farmacia que usa pertenece a la red del plan y si le otorgan la **Ayuda Adicional** que paga por el costo de sus medicamentos. Comuníquese con el plan que le interesa para conocer la información específica de los costos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Los costos de la cobertura de medicamentos incluyen:

- **Prima** mensual
- **Deducible** anual
- **Copagos** o **coseguros**
- **Interrupción de cobertura** (también denominado “período sin cobertura”)
- Cobertura catastrófica

Prima mensual

La mayoría de los planes de medicamentos le cobra una prima mensual que varía con cada plan. Si tiene Medicare Original, usted paga esta prima además de la prima que paga por la Parte B. Si está inscrito en un **Plan Medicare Advantage** o un **Plan de Costos de Medicare** que incluye la cobertura de medicamentos de Medicare, la prima mensual puede incluir una cantidad por la cobertura de medicamentos.

Algunas personas con Medicare pueden pagar una prima mensual más cara según su ingreso. Si usted ha declarado un ingreso bruto modificado ajustado de más de \$91,000 (individuos o parejas que presentan declaraciones de impuestos separadas) o \$182,000 (matrimonios que presentan una declaración conjunta) al IRS, en su declaración del 2020 (la declaración de impuestos más reciente enviada al Seguro Social por el IRS), tendrá que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de Medicare, conocida como cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA). Usted pagará esta cantidad adicional además de la prima mensual de la Parte D.

El Seguro Social le enviará una carta si a usted le corresponde pagar esta cantidad adicional. Consulte el cuadro de la página siguiente para ver la cantidad que tendrá que pagar cada mes.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Si su ingreso anual en el 2020 fue

Declaración de impuestos individual	Declaración de impuestos conjunta	Usted paga cada mes (en 2022)
\$91,000 o menos	\$182,000 o menos	La prima del plan
Más de \$91,000 hasta \$114,000	Más de \$182,000 hasta \$228,000	\$12.40 + la prima del plan
Más de \$114,000 hasta \$142,000	Más de \$228,000 hasta \$284,000	\$32.10 + la prima del plan
Más de \$142,000 hasta \$170,000	Más de \$284,000 hasta \$340,000	\$51.70 + la prima del plan
Más de \$170,000 y menos de \$500,000	Más de \$340,000 y menos de \$750,000	\$71.30 + la prima del plan
\$500,000 o más	\$750,000 y más	\$77.90 + la prima del plan

Si su ingreso anual en el 2020 fue

Matrimonio que presente una declaración por separado	Usted paga cada mes (en 2022)
\$91,000 o menos	La prima del plan
Más de \$91,000 y menos de \$409,000	\$71.30 + la prima del plan
\$409,000 o más	\$77.90 + la prima del plan

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

Si usted no paga la prima completa de la Parte D (incluida la cantidad adicional), se le dará de baja de su cobertura para la Parte D. Debe pagar tanto la prima del plan como la cantidad adicional cada mes para conservar su cobertura de medicamentos de Medicare.

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

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Deducible anual

El **deducible** es la cantidad que paga por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. Ningún plan de Medicare para medicamentos puede tener un deducible de más de \$480 en 2022. Algunos planes no cobran un deducible.

Copagos o coseguros

Paga **copagos** o **coseguros** para sus medicamentos recetados después de haber pagado el **deducible**. Usted paga una parte y el plan paga la otra para los medicamentos cubiertos.

Por lo general, lo que usted paga para un medicamento cubierto es por un suministro mensual de un medicamento. Sin embargo, puede pedir un suministro de menos de un mes para la mayoría de los medicamentos. Esto se podría hacer cuando está probando un medicamento nuevo que se sabe que tiene efectos colaterales significativos o quiere obtener todos sus medicamentos en el mismo programa de resurtido. Si lo hace, la cantidad que paga se reduce sobre la base de la cantidad que actualmente recibe.

Interrupción en la cobertura (*también denominado “período sin cobertura”*)

Un cierre gradual de la **interrupción en la cobertura** hizo que la cobertura de medicamentos de Medicare tenga un precio más razonable para los beneficiarios de Medicare. Se alcanza la interrupción en la cobertura cuando usted y su plan han gastado cierta cantidad de dinero en medicamentos cubiertos. Para, 2022 la cantidad es \$4,430 (incluido el deducible). **No todos los beneficiarios llegarán a la interrupción en la cobertura.** Cuando se encuentra en el período sin cobertura, puede pagar más de su bolsillo por sus medicamentos recetados, hasta un límite de gastos de su bolsillo de \$7,050 en 2022. Su deducible, coseguro o copagos anuales y lo que usted paga en la interrupción en la cobertura, todo cuenta para el límite de gastos de su bolsillo. El límite no incluye la **prima** del plan de medicamentos o lo que paga por los medicamentos que no se encuentran en el formulario (**lista de medicamentos**) de su plan, a menos que el plan cubra un medicamento bajo una **excepción**.

Usted no tendrá que pagar todos los costos de su bolsillo si llega a la interrupción en la cobertura. Su plan pagará por lo menos el 5% del costo de los medicamentos de marca cubiertos y el fabricante le dará un descuento del 70% para obtener un descuento combinado de al menos el 75% en estos medicamentos de marca. Lo que usted paga (25%) y el descuento del 70% del fabricante se tiene en cuenta para los gastos de su

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

bolsillo que lo ayudarán a salir del período de interrupción en la cobertura. Medicare también cubrirá el 75% del precio por los medicamentos genéricos durante la interrupción en la cobertura. Usted pagará sólo el 25% de los medicamentos genéricos y de marca durante la interrupción.

Para cada mes que obtiene sus medicamentos, su plan le manda un aviso de “Explicación de Beneficios” (EOB) en donde se le indica cuánto ha gastado en medicamentos cubiertos y si ha llegado a la **interrupción en la cobertura**. Su aviso EOB también mostrará el 75 % que paga su plan por los medicamentos genéricos cubiertos, y el 5 % que paga su plan y el 70 % de descuento del fabricante del medicamento por los medicamentos de marca cubiertos que compra cuando se encuentra en el período sin cobertura.

Cobertura catastrófica

Una vez que haya gastado \$7,050 de su bolsillo en 2022, estará fuera del período de interrupción. Una vez que haya llegado al límite, saldrá de la interrupción en la cobertura y recibirá automáticamente la “cobertura catastrófica”. Conforme a la cobertura catastrófica, sólo paga cantidad de **coseguro** o **copago** significativamente menor por el resto del año.

El ejemplo a continuación muestra los costos para los medicamentos cubiertos para el 2022 de un plan que tiene una interrupción en la cobertura.

Prima mensual—La Sra. Palma paga una prima mensual durante todo el año.			
1. Deducible	2. Copago o coseguro	3. Interrupción en la cobertura	4. Cobertura catastrófica
La Sra. Palma paga los primeros \$480 de sus costos de medicamentos antes de que el plan empiece a pagar su parte.	La Sra. Palma paga un copago y el plan paga una parte del costo de cada medicamento cubierto hasta que la cantidad combinado (incluido el deducible) llegue a \$4,430.	Una vez que la Sra. Palma y su plan ya hayan gastado \$4,430 por los medicamentos cubiertos, se encuentra en el período de interrupción en la cobertura. La Sra. Palma paga un copago o coseguro por cada medicamento cubierto. Obtiene un descuento del 70% por parte del fabricante sobre los medicamentos de marca cubiertos que cuenta como gasto de bolsillo y la ayuda a salir del período de interrupción en la cobertura. Mientras se encuentra en el período de interrupción en la cobertura, obtiene una cobertura adicional del 5% por parte de su plan de medicamentos de marca cubiertos y el 75% de cobertura de medicamentos genéricos cubiertos.	Una vez que la Sra. Palma haya gastado \$7,050 de su bolsillo para el año, termina su período e interrupción en la cobertura. Ahora sólo paga un porcentaje del coseguro o copago por cada medicamento recetado hasta el final del año.
➔	➔	➔	

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Consulte [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para ver los costos anuales estimados para cada plan y sus costos mensuales por medicamento.

¿Cómo puedo pagar la prima del plan?

Usted puede pagar la **prima** de la siguiente forma:

- Registrarse para deducir el pago de la prima mensual de su cuenta corriente o de ahorros.
- Cargar la cantidad a una tarjeta de crédito o débito.
- Solicitar a su plan que le envíe una factura mensual directamente. Algunos planes le cobran el mes por adelantado. Envíe su pago al plan, no a Medicare. Para obtener la dirección de pago, comuníquese con su plan.
- Retirar fondos del pago del Seguro Social. Comuníquese con su plan, no con el Seguro Social, para solicitar esta opción de pago. Si elige esta opción, podría demorar hasta 3 meses para que entre en vigencia y, probablemente, le deducirán la cantidad de la prima de los 3 primeros meses juntos.
 - Si recibe la **Ayuda Adicional** para pagar parte de la prima, el Seguro Social puede deducir su parte del pago de la prima mensual. Si califica para la Ayuda Adicional, esta cubrirá algunas o todas las primas de su cobertura de medicamentos. Para más información, consulte la Sección 3.

Nota: Si tiene un plan patrocinado por un empleador y su plan paga parte de la prima, el Seguro Social no puede deducir su parte de la prima mensual.

Ejemplo de deducción del Seguro Social: La prima mensual de la cobertura de medicamentos de la Sra. Brown es de \$25 y su cobertura comienza en enero. Su primer pago de la prima es en marzo por una cantidad de \$75. Este pago incluye su prima para enero, febrero y marzo. A partir de abril, solamente se deducirá un mes de pago de la prima (\$25) de su cheque del Seguro Social cada mes.

¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o cancelar un plan de medicamentos?

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

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Ejemplo: Su cumpleaños es el 19 de mayo, por lo que su período de Inscripción Inicial de 7 meses va desde febrero a agosto.

- Si se inscribe en febrero, marzo o abril, su cobertura comienza el 1 de mayo, el primer día de su mes de nacimiento.
- Si se inscribe en mayo, su cobertura comienza el 1 de junio.
- Si se inscribe en junio, julio o agosto, su cobertura comienza el primer día del próximo mes: 1 de julio, 1 de agosto o 1 de septiembre.

Durante el período de 7 meses cercano a su mes 25 de los beneficios por incapacidad. Si obtiene Medicare debido a una incapacidad, puede obtener la cobertura de medicamentos de Medicare durante los 3 meses anteriores a su 25° mes de incapacidad, su 25° mes de incapacidad y los 3 meses posteriores a su 25° mes de incapacidad. La fecha de inicio de su cobertura depende del mes en el que se inscriba.

Ejemplo: Comenzó a recibir beneficios por incapacidad en febrero de 2020. Su vigésimo quinto mes de incapacidad es marzo de 2022, por lo que su período de 7 meses para inscribirse en la cobertura de medicamentos de Medicare va desde diciembre de 2021 hasta junio de 2022.

- Si se inscribe en diciembre de 2021, enero de 2022 o febrero de 2022, su cobertura comienza el 1 de marzo de 2022.
- Si se inscribe en marzo, su cobertura comienza el 1 de abril.
- Si se inscribe en abril, mayo o junio, su cobertura comienza el primer día del mes siguiente: el 1 de mayo, el 1 de junio o el 1 de julio.

Si padece de una incapacidad, tendrá otra oportunidad de inscribirse cuando cumpla 65 años (vea arriba).

Durante la Inscripción Abierta, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.

Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente, siempre y cuando el plan haya recibido su solicitud durante este período.

Si actualmente tiene cobertura de medicamentos de Medicare, es posible que desee revisar su cobertura cada otoño. Si está satisfecho con su cobertura, costo y servicio al cliente, y su cobertura de medicamentos de Medicare 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 cambiar a un plan diferente.

Una vez durante cada uno de estos Períodos Especiales de Inscripción si reúne los requisitos para la Ayuda Adicional. De enero a marzo, de abril a junio o de julio a septiembre. Esto incluye a las personas que tienen Medicare y Medicaid, pertenecen a un Programa de Ahorros de Medicare, reciben los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y las personas que la solicitan y se los aprueban. Necesita vivir en uno de los 50 estados o en el Distrito de Columbia para calificar para la Ayuda Adicional. Si realiza un cambio, entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Deberá esperar al período siguiente para realizar otro cambio.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Nota: En situaciones limitadas, podrá inscribirse, abandonar o cambiar a otra cobertura de Medicare para medicamentos en otro momento. Por ejemplo, puede cambiar en otro momento si:

- Si muda permanentemente de la zona de servicio de su plan de medicamentos.
- Pierde su **cobertura de medicamentos acreditable o válida**.
- Ingresa, vive o se retira de un asilo para ancianos.
- Quiere cambiar a un plan con una calificación de calidad general de 5 estrellas. Las calificaciones de calidad están disponibles en Medicare.gov.
- Su plan le informa que se va del programa Medicare o que Medicare ha finalizado su contrato.

¿Cómo puedo cambiar de plan?

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

¿Cómo puedo inscribirme en un plan?

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

También puede inscribirse directamente en 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.

Para inscribirse en la cobertura de Medicare para medicamentos, tendrá que darles su número de Medicare y la fecha en que comenzó la cobertura de la **Parte A de Medicare (seguro de hospital)** y la **Parte B de Medicare (seguro médico)** que aparece en su tarjeta de Medicare.

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

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

La **multa** por inscripción tardía es una cantidad que se le suma a su **prima** de la Parte D si su período inicial de inscripción ha terminado, si pasa un período de 63 o más días seguidos sin la cobertura de la Parte D u otra **cobertura de medicamentos acreditable o válida**. Por lo general, tendrá que pagar la multa mientras tenga la cobertura de medicamentos de Medicare.

Nota: Si recibe la **Ayuda Adicional**, no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

¿Cuál es la cantidad de la multa por inscripción tardía?

Actualmente, la cantidad de la **multa** por inscripción tardía se calcula multiplicando la tasa del 1% por “la **prima** promedio nacional” (\$33.37 en 2022) por el número de meses no cubiertos que fue elegible para inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos y no lo hizo, pero tampoco tuvo otra **cobertura de medicamentos acreditable o válida**.

La cantidad total se redondea al \$.10 más cercano y se agrega a su prima mensual. La “prima promedio nacional” puede aumentar cada año; por lo tanto, también puede aumentar la multa.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Por ejemplo: La Sra. Martínez actualmente es elegible para Medicare y su Período Inicial de Inscripción finalizó el 31 de mayo de 2019. No tiene otra cobertura de medicamentos. No se inscribió antes del 31 de mayo de 2019 y, en su lugar, lo hizo durante el Período de Inscripción Abierta que finalizó el 7 de diciembre de 2021. Su cobertura de medicamentos entró en vigencia el 1 de enero de 2022.

Como la Sra. Martínez estuvo sin cobertura de medicamentos acreditable o válida entre junio de 2019 y diciembre de 2021, en 2022 la multa fue del 31% (1% por cada uno de los 31 meses) de la prima promedio nacional de \$33.37 (en 2022) o \$10.34. Dado que la multa mensual siempre se redondea al \$0.10 más cercano, pagó \$10.30 por mes además de la prima mensual de su plan.

Este es el cálculo:

.31 (31% de multa) x **\$33.37** (prima nacional para 2020) = **\$10.34**

\$10.34 redondeado al \$0.10 más cercano = **\$10.30**

\$10.30 = multa mensual por inscripción tardía que la Sra. Martínez debe pagar en 2022

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

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

¿Cómo evito pagar una multa?

- **Inscríbase en un plan de Medicare para medicamentos o plan de salud con cobertura de medicamentos cuando sea elegible por primera vez,** (consulte la página 17), en caso contrario, procure tener una **cobertura de medicamentos acreditable o válida.**
- **No pase más de 63 días sin un plan de Medicare para medicamentos u otra cobertura de medicamentos acreditable o válida.** La cobertura de medicamentos acreditable o válida podría incluir cobertura de medicamentos de un sindicato o empleador anterior, Programa Médico y de Salud Civil del Departamento de Asuntos de Veteranos (CHAMPVA), TRICARE, del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), Mercado de Seguros Médicos o del Servicio de Salud para Indígenas. Su plan debe avisarle cada año si la cobertura de medicamentos que tiene es acreditable. Puede hacerlo enviándole una carta o informándole en el boletín del plan o mediante otro tipo de correspondencia. Guarde esta notificación porque puede necesitarla si se inscribe en la cobertura de Medicare para medicamentos en el futuro.
- **Cuando se inscriba, avísele a su plan de Medicare para medicamentos si tiene otra cobertura de medicamentos acreditable o válida.** Cuando se inscriba en un plan, podría recibir una carta preguntándole si tiene cobertura de medicamentos acreditable o válida si el plan sospecha que ha pasado 63 días seguidos otra cobertura acreditable. Llene el formulario y devuélvaselo al plan para la fecha indicada en la carta. Si no le avisa a su plan de su cobertura de medicamentos acreditable o válida, es posible que tenga que pagar la **multa** por inscripción tardía.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

¿Qué información necesito para inscribirme en la cobertura de Medicare para medicamentos?

- Nombre, fecha de nacimiento y dirección permanente
- Información que se encuentre en su tarjeta de Medicare (como número de Medicare)
- Cómo quiere pagar las **primas** de su plan
- Información sobre otro seguro y cualquier notificación de cobertura acreditable

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

- Dirección de correo electrónico
- Nombre e información de un contacto de emergencia
- Nombre, dirección y número de teléfono del asilo para ancianos o **institución** donde vive (si corresponde)

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

¿Recibiré una tarjeta por separado para mi cobertura de Medicare para medicamentos?

Cuando se inscribe en cobertura de Medicare para medicamentos que trabaja con **Medicare Original**, el plan le enviará una tarjeta separada para usar cuando compre sus medicamentos. Usted seguirá usando su tarjeta de Medicare para los servicios hospitalarios y del médico. Si se inscribe en un **plan de Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) o en otro **plan de salud de Medicare** con cobertura de medicamentos, también le enviarán una tarjeta nueva para que compre sus medicamentos y para las visitas al hospital y al médico.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

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

Dentro de las 2 semanas posteriores a que su plan haya recibido la 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. Si necesita ir a la farmacia antes de recibir su tarjeta de miembro, puede usar las siguientes como confirmación de miembro:

- Una ratificación, confirmación o carta de bienvenida del plan.
- Un número de confirmación de inscripción del plan, y el nombre y el número de teléfono del plan.
- Una tarjeta temporaria que puede imprimir en Medicare.gov.

Lleve consigo su tarjeta de Medicare y/o **Medicaid** y una identificación con fotografía, como su licencia de conducir. Si es elegible para recibir la **Ayuda Adicional**, consulte la página 45 para obtener más información sobre los documentos que puede usar como confirmación que le han otorgado la Ayuda Adicional. Si no tiene los comprobantes y el farmacéutico no puede corroborar la información de su cobertura de medicamentos de otra forma, es posible que tenga que pagar el costo total de los medicamentos de su bolsillo. **Si lo hace, guarde los recibos y comuníquese con el plan, es posible que le reembolsen parte de lo que pague o se lo acrediten para el límite de gastos de su bolsillo.**



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

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

¿Dónde puedo comprar mis medicamentos?

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

Medicare requiere que todos los planes tengan farmacias de la red para que usted elija. Los planes no pueden obligarle a que use farmacias de pedido por correo, pero tiene la opción de usarla. Es posible que usar una farmacia de pedido por correo sea una manera rentable y conveniente de comprar los medicamentos que toma todos los días.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.



2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

¿Puedo utilizar el servicio de pedido por correo de resurtido automático para obtener mis medicamentos?

Algunos beneficiarios de Medicare adquieren sus medicamentos mediante el servicio de “resurtido automático” que automáticamente le entrega medicamentos cuando se les están por acabar.

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

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

Nota: Asegúrese de decirle a su farmacia cómo se lo puede localizar para que no se pierda el llamado de confirmación de resurtido u otra comunicación.

Comuníquese con su plan si recibe medicamentos no deseados mediante un programa de entrega automática. Es posible que sea elegible para recibir un reembolso por la cantidad que le cobraron. Si no puede resolver el problema con el plan o desea presentar una queja, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

Si padece de **enfermedad renal en etapa final (ESRD)**, puede obtener la cobertura de medicamentos de Medicare. **Medicare Parte B (seguro médico)** pagará algunos de los medicamentos que necesita, como los medicamentos inyectables y sus formas orales, y productos biológicos, incluidos agentes estimulantes de la eritropoyesis utilizados para

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

diálisis. La Parte D continuará cubriendo la mayoría de los medicamentos relacionados con ESRD que están disponibles solo en forma oral.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información si padece de ESRD. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Cuáles son los medicamentos cubiertos?

Cada plan puede cubrir diferentes medicamentos, por lo que no existe un formulario único (**lista de medicamentos**) que se ajuste a todos los planes. Todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud con cobertura de medicamentos deben asegurarse de que las personas en su plan puedan obtener los medicamentos médicamente necesarios para tratar sus afecciones. Las listas de medicamentos, la autorización previa, la terapia escalonada y los límites de cantidad son algunas de las reglas de cobertura que usan los planes para asegurarse de que ciertos medicamentos se usen correctamente y solo cuando sea médicamente necesario. Estas reglas de cobertura se describen en las siguientes páginas.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Listas de medicamentos

La mayoría de los planes de medicamentos y de salud con cobertura de medicamentos de Medicare tienen su propio formulario (lista de medicamentos). Los planes cubren los medicamentos genéricos y de marca. Aunque los planes de Medicare no están obligados a cubrir determinados medicamentos (tales como medicamentos para subir o bajar de peso, medicamentos para la disfunción eréctil o medicamentos de venta libre), algunos planes pueden ofrecer la cobertura de estos medicamentos como un beneficio adicional.

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

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Un plan de Medicare puede hacer algunos cambios a 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 debido a cambios en las terapias con medicamentos, medicamentos nuevos o información médica nueva disponible.

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

Los planes pueden retirar medicamentos de sus formularios de inmediato si la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) considera que no son seguros o si el fabricante los retira del mercado. Los planes que cumplen con determinados requisitos también pueden retirar medicamentos de marca de sus formularios inmediatamente y reemplazarlos por medicamentos genéricos nuevos, o bien, pueden modificar el costo o las normas de cobertura de los medicamentos de marca cuando agregan los medicamentos genéricos nuevos. Si actualmente se encuentra tomando alguno de estos, recibirá información sobre los cambios específicos realizados posteriormente.

En cuanto a otros cambios en un medicamento que está tomando y que lo afectará durante el año, su plan debe realizar una de las siguientes acciones:

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

Es posible que tenga que cambiar de medicamento o pagar más por él. También puede solicitar una excepción (consulte la página 79.)

Por lo general, ahorrará dinero si toma los medicamentos incluidos en el formulario de su plan. Si toma un medicamento que no está en la lista de su plan, tendrá que pagar el precio total en vez de un **copago** o **coseguro**, a menos que le otorguen una excepción. Todos los planes de

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

medicamentos de Medicare deben negociar precios más baratos para los medicamentos que cubren, de manera que si usa dichos medicamentos por lo general ahorrará dinero. Otra manera de ahorrar dinero es comprando medicamentos genéricos en vez de medicamentos de marca.

Medicamentos genéricos

Según la FDA, un medicamento genérico es igual al medicamento de marca en lo que respecta a presentación, seguridad, concentración, modo de administración, calidad, características semiológicas y uso pretendido. Los medicamentos genéricos usan los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Los fabricantes de medicamentos genéricos deben demostrarle a la FDA que su producto funciona de la misma manera que el medicamento recetado de marca. En algunos casos, puede no existir un medicamento genérico que sea igual al medicamento de marca que toma, pero puede haber otro medicamento genérico que tendrá el mismo efecto en usted. Hable con su médico u otro proveedor que le receta.

Niveles

Para ofrecer costos bajos, muchos planes colocan los medicamentos recetados en “niveles” diferentes en sus formularios (**listas de medicamentos**). Cada plan puede dividir sus niveles de manera diferente. Cada nivel tiene una cantidad diferente. En general, un medicamento en un nivel inferior costará menos que uno en un nivel superior.

Ejemplo de los niveles de un plan de medicamentos:

- Nivel 1: la mayoría de los medicamentos genéricos recetados. Copago más bajo.
- Nivel 2: medicamentos de marca preferidos. Copago mediano.
- Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos. Copago más alto.
- Nivel de especialidad: medicamentos de costo muy alto. Copago o **coseguro** más alto.

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

Normas de cobertura

Los planes pueden tener normas de cobertura para asegurarse de que ciertos medicamentos se usen correctamente y sólo cuando sean médicamente necesarios. Estas normas pueden incluir autorización previa, terapia escalonada y límites de cantidad.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Autorización previa

Podría necesitar medicamentos que requieren autorización previa. Lo que significa que antes de que el plan cubra un medicamento en especial, debe demostrarle al plan que cumple con ciertos criterios para tomar ese medicamento en particular. Los planes también usan esto para asegurarse de que los medicamentos se usan correctamente. Comuníquese con su plan acerca de sus requisitos de autorización previa y hable con la persona que receta.

Los planes también pueden usar una autorización previa cuando cubren un medicamento para determinadas afecciones médicas, pero no para todas para las que está aprobado el medicamento. Cuando esto ocurre, lo más probable es que los planes tengan medicamentos alternativos en su formulario (lista de medicamentos) para las otras afecciones médicas para las que se puede recetar el medicamento.

Sin embargo, si la persona que le receta cree que es médicamente necesario que tome ese medicamento en particular, a pesar de que no cumple con los criterios de autorización previa, usted o esta persona pueden contactarse con el plan para solicitar una **excepción**. La persona que le receta debe justificar la solicitud. Si se aprueba, el plan cubrirá el medicamento específico, aunque no haya obtenido la autorización previa.

Terapia en etapas/pasos

La terapia en etapas/pasos es un tipo de norma de cobertura. En la mayoría de los casos, primero debe probar un medicamento más económico del **lista de medicamentos** de su plan con efectividad comprobada en la mayoría de las personas con su afección, antes de avanzar al paso siguiente hacia un medicamento más costoso. Por ejemplo, algunos planes pueden tener como requisito que primero use la alternativa genérica (si la hubiese) y luego, el medicamento de marca de más bajo costo de la lista de medicamentos antes de cubrir el medicamento de marca similar que sea más costoso.

Sin embargo, si la persona que le receta cree que debido a su afección médica es médicamente necesario que tome un medicamento más costoso del siguiente paso sin probar primero el de más bajo costo, usted o la persona que le receta pueden contactarse con el plan para solicitar una excepción. La persona que le receta también puede solicitar una excepción si cree que usted tendrá efectos adversos para la salud si toma el medicamento de más bajo costo, o si cree que este será menos efectivo.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

La persona que le receta debe justificar la solicitud. Si se aprueba, el plan cubrirá el medicamento más costoso, aunque no haya probado primero con el de más bajo costo.

Por ejemplo:

Paso 1: el Dr. Smith quiere recetar un inhibidor ACE (Enzima Convertidora de Angiotensina) para tratar los problemas cardiacos del Sr. Mason. Hay más de una clase de inhibidor ACE. Algunos de los medicamentos que el Dr. Smith está considerando darle son de marca y están cubiertos por el plan de Medicare para medicamentos del Sr. Mason. Las normas del plan requieren que el Sr. Mason use un medicamento genérico primero. Para la mayoría de las personas, el medicamento genérico funciona igual que los medicamentos de marca.

Paso 2: si el Sr. Mason toma el medicamento genérico, pero tiene efectos adversos o su mejoría es mínima, el Dr. Smith puede brindarle esa información al plan para solicitar la aprobación de cobertura para el medicamento de marca que prefiere recetar. Si se aprueba la solicitud de excepción del Sr. Mason, su plan de Medicare para medicamentos avanzará al siguiente paso para cubrir el medicamento de marca solicitado.

Límites de cantidad

Por motivos de seguridad y costo, los planes podrían limitar la cantidad de medicamentos que cubren durante un período determinado. Por ejemplo, la mayoría de las personas a las que se les receta medicamentos para la indigestión toman una tableta al día durante 4 semanas. Por lo tanto, el plan puede cubrir sólo un suministro inicial para 30 días del medicamento para la indigestión.

Si la persona que le receta cree que, debido a su afección médica, una cantidad limitada no es médicamente apropiada (por ejemplo, su médico cree que necesita una dosis más alta de 2 tabletas por día), usted o la persona que le receta pueden contactarse con el plan para solicitar una **excepción** (consulte la página 79).

Revisiones de seguridad para los analgésicos opioides Revisiones de seguridad en la farmacia

Cuando adquiere medicamentos en la farmacia, los planes de medicamentos de Medicare y las farmacias hacen revisiones rutinarias para asegurarse de que la receta sea correcta, que no haya interacciones y que el medicamento sea apropiado para usted.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

También llevan a cabo revisiones de seguridad para controlar el uso seguro de opioides y otros medicamentos que son objeto de mayor abuso. Estas revisiones son especialmente importantes si tiene más de un médico que prescribe estos medicamentos. En algunos casos, es posible que el plan de Medicare para medicamentos o el farmacéutico necesiten hablar primero con su médico antes de darle los medicamentos.

Su plan o farmacéutico puede hacer una revisión de seguridad cuando vaya a comprar los medicamentos si usted:

- Toma cantidades de opioides potencialmente no seguras, según lo que determina el plan o el farmacéutico.
- Toma opioides con benzodiazepinas, como alprazolam (Xanax®), diazepam (Valium®) y clonazepam (Klonopin®).
- Hace poco comenzó a tomar opioides para dolores agudos; posiblemente tenga un límite de un suministro inicial de 7 días o menos para reducir la probabilidad de adicción o uso prolongado.

Si su farmacia no puede surtir su receta como está escrita, el farmacéutico le enviará un aviso explicando cómo usted o su médico pueden comunicarse con el plan para solicitar una decisión de cobertura. Si su salud lo requiere, puede solicitarle al plan una decisión de cobertura rápida. También puede solicitar a su plan una **excepción** a sus normas antes de ir a la farmacia, para que sepa si su plan cubrirá el medicamento. Visite [Medicare.gov/medicare-prescription-drug-coverage-appeals](https://www.Medicare.gov/medicare-prescription-drug-coverage-appeals) para más información sobre cómo solicitar una excepción.

Programas de manejo de medicamentos

Todos los planes de Medicare contarán con un programa de manejo de medicamentos para ayudarle a usar estos opioides y las benzodiazepinas de manera segura. Si su uso de opioides pudiera no ser seguro, su plan se comunicará con los médicos que se los recetaron para asegurarse de que sean médicamente necesarios y que los esté usando adecuadamente. Por ejemplo, su plan podría hacer esto si está recibiendo recetas de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides.

Si su plan de Medicare decide que su uso de benzodiazepinas y opioides recetados puede no ser seguro, el plan le enviará una carta con anticipación. En esta carta se le indicará si el plan limitará la cobertura de estos medicamentos o si se le exigirá que adquiera las recetas para estos medicamentos únicamente de un médico o una farmacia de su elección.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Antes de que su plan de Medicare lo incluya en su programa de manejo de medicamentos, le enviará una carta y usted podrá informarle al plan qué médicos o farmacias prefiere usar. Usted y su médico pueden apelar si no está de acuerdo con la decisión de su plan o cree que el plan ha cometido un error.

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

¿Qué pasa si, cuando entra en vigencia la cobertura, estoy tomando un medicamento que no está en la lista de medicamentos?

Por lo general, su plan le dará por única vez un suministro temporario del medicamento que toma durante los primeros 90 días de su inscripción en el plan. Los planes están obligados a otorgarle este suministro temporario para que, junto a su médico, puedan tener tiempo para buscar otro medicamento del formulario (**lista de medicamentos**) que tenga el mismo resultado que el que está tomando, o pueden contactarse con el plan para solicitar una **excepción**. Puede que, para las personas que ingresan o que ya viven en una **institución** (como un asilo para ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo), se estipulen normas diferentes.

Sin embargo, si usted ya intentó con un medicamento similar y no funcionó, o la persona que le receta considera que por su afección médica sólo puede tomar cierto medicamento, usted o la persona que le receta pueden comunicarse con el plan y solicitar una excepción en cuanto comience su cobertura.

También pueden solicitar una excepción si la persona que le receta cree que debe tener una norma de cobertura, como por ejemplo, eximirlo del límite de cantidad.

Si se aprueba la excepción solicitada, el plan pagará por el medicamento. Si la excepción no es aprobada, puede apelar la decisión. Si desea obtener más información sobre las apelaciones, consulte las páginas 76–80.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

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

Es posible que su médico u otra persona que le recete necesiten cambiar su receta o recetarle un medicamento nuevo. Si su médico le receta algo electrónicamente, puede fijarse los medicamentos que cubre su plan a través de su sistema de recetas electrónicas. Si su médico no emite recetas electrónicas, entréguele una copia de los formularios ([lista de medicamentos](#)) actuales de su plan de Medicare.

Si su médico le receta un medicamento que no está en la lista de su plan y usted no tiene otra cobertura que cubra los medicamentos para pacientes ambulatorios, usted o su médico pueden solicitar una excepción al plan. Si desea obtener más información sobre las excepciones, consulte la página 79.

Si aun así el plan no cubrirá un medicamento específico que necesita, puede apelar la decisión. Si desea obtener el medicamento antes de presentar una apelación, tal vez tenga que pagarlo por completo de su bolsillo. Conserve la receta y entregue una copia a la persona que decide sobre su apelación. Si gana la apelación, el plan le devolverá el dinero. Para obtener más información sobre qué debe hacer si su plan no cubre un medicamento que necesita, consulte las páginas 78–79.

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

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

Los planes con cobertura Medicare para medicamentos deben ofrecer servicios de Control de la Terapia de Medicamentos (MTM) a los miembros del plan que cumplan con ciertos requisitos. Los miembros que califican pueden obtener estos servicios de MTM para ayudarlos a comprender de qué manera administrar sus medicamentos y utilizarlos en forma segura.

2

Cómo funciona la cobertura de medicamentos de Medicare

Los servicios de MTM ofrecidos pueden variar en algunos planes. Los servicios de MTM son gratuitos y generalmente incluyen un análisis con un farmacéutico o un proveedor de la salud para la revisión de sus medicamentos. El farmacéutico o el proveedor de la salud pueden comentar con usted lo siguiente:

- Cómo funcionan sus medicamentos y los problemas que está teniendo relacionado con sus medicamentos.
- Si sus medicamentos tienen efectos secundarios.
- Si podría haber interacciones entre los distintos medicamentos que toma.
- Si puede disminuir sus costos.
- Otros problemas relacionados con sus medicamentos.

Comuníquese con cada plan para obtener detalles específicos.

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

La “**Ayuda Adicional**” es un programa para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos de Medicare, como las **primas**, los **deducibles** y el **coseguro**. Algunas personas califican automáticamente para la Ayuda Adicional porque tienen **Medicare** y **Medicaid**, están en un **Programa de Ahorros de Medicare** o reciben beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Otras personas que podrían calificar para la Ayuda Adicional deberán presentar una solicitud.

Las maneras en las que puede obtener la Ayuda Adicional

El cuadro de la página siguiente le muestra las maneras diferentes en las que puede calificar para obtener Ayuda Adicional, según su situación. Incluye muchos, pero no todos, los tipos de cartas que Medicare envía, por color y nombre. Necesita vivir en uno de los 50 estados o en el Distrito de Columbia para calificar para la Ayuda Adicional.

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

Nota: Aunque las personas que viven en territorios de EE. UU. no son elegibles para la Ayuda Adicional, estos territorios tienen programas para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados pagar sus costos de Medicare. Los territorios de EE. UU. incluyen Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Los programas varían en estas áreas. Llame o visite su oficina de Medicaid para más información.

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

Visite [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings) para obtener más información sobre cada tipo de carta que se describe en el cuadro a continuación.

Cuando usted	Medicare le enviará una carta de color
<p>Es elegible automáticamente para la Ayuda Adicional porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene Medicare y Medicaid ▪ Participa en un Programa de Ahorros de Medicare ▪ Recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 	<p>Morado “Aviso de elegibilidad/otorgamiento” (Vea la página 37.)</p>
<p>Es elegible automáticamente para la Ayuda Adicional porque califica para Medicare y Medicaid y actualmente recibe los beneficios a través del Medicare Original y no está inscrito en un plan de medicamentos</p>	<p>Amarillo “Aviso de inscripción automática” (Vea la página 37.)</p>
<p>Sigue calificando automáticamente para la Ayuda Adicional, pero tendrá otros niveles de copago el año próximo</p>	<p>Naranja “Aviso de cambio del copago de la Ayuda Adicional” (Vea la página 43.)</p>
<p>Califica para la Ayuda adicional debido a uno de los siguientes y no está inscrito en un plan de medicamentos de Medicare porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participa en un Programa de Ahorros de Medicare ▪ Recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ▪ Solicitó la Ayuda Adicional y se la otorgaron 	<p>Verde “Aviso de inscripción facilitada” (Vea la página 39.)</p>
<p>Ya recibe la Ayuda Adicional, se inscribió en un plan de Medicare para medicamentos por su cuenta y la prima del plan cambia</p>	<p>Tostado “Aviso para los que eligieron LIS”</p>
<p>Ya recibe la Ayuda Adicional y Medicare le ha reasignado otro plan de medicamentos para el año próximo</p>	<p>Azul “Aviso de reasignación del formulario”</p>
<p>No será elegible para la Ayuda Adicional el año entrante</p>	<p>Gris “Aviso de pérdida de la elegibilidad/otorgamiento”</p>

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

Si es elegible automáticamente para la Ayuda Adicional, no tiene que enviar su solicitud

Medicare envía una carta en papel **morado** denominada “Aviso de elegibilidad/ otorgamiento” a personas que califican automáticamente para la **Ayuda Adicional**. Si la recibe, guárdela como confirmación de que se la han otorgado. Si recibe esta carta, no tiene que solicitar la Ayuda Adicional.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Usted es elegible automáticamente para la Ayuda Adicional si:

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

Si aún no se ha inscrito en un plan de Medicare para medicamentos, tendrá que hacerlo para recibir la Ayuda Adicional. Si no se inscribe en un plan de medicamentos, Medicare lo hará por usted, a menos que tenga cierta cobertura de jubilado de un sindicato o empleador anterior. Si Medicare lo inscribe, recibirá una carta en papel **amarillo** denominada “Aviso de inscripción automática” (si recibe cobertura completa de Medicaid) o **verde** denominada “Aviso de inscripción facilitada” (si participa en un Programa de Ahorros de Medicare o recibe SSI), en la cual se le informará la fecha en que comenzará su cobertura. Verifique si el plan cubre los medicamentos que usa y si puede ir a las farmacias que quiere.

Si el plan en el que lo ha inscrito Medicare no responde a sus necesidades, puede cambiar de plan una vez cada uno durante enero-marzo, de abril a junio y de julio a septiembre, y el cambio comenzará el primer día del mes siguiente. También puede cambiar de plan durante la Inscripción Abierta de Medicare, del 15 de octubre al 7 de diciembre, y los cambios entrarán en vigencia el 1 de enero. Si no desea que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, llame al plan descrito en el aviso. Infórmeles que no desea estar en un plan de Medicare para medicamentos y que no quiere inscribirse.

Nota: Si tiene cobertura de empleador o sindicato y se inscribe en la cobertura de medicamentos de Medicare, puede perder la cobertura de su empleador o sindicato (para usted y sus dependientes) incluso si califica para la Ayuda Adicional. Llame al administrador de beneficios de su empleador antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos de Medicare.

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

Los costos de los planes de medicamentos si usted **es elegible automáticamente** para la Ayuda Adicional en 2022

Si tiene Medicare y...	Su prima mensual*	Su deducible anual	Su costo por medicamento en la farmacia (hasta \$7,050**)	Su costo por medicamento en la farmacia (después de \$7,050**)
La cobertura completa de Medicaid por cada mes que estuvo en una institución como un asilo de ancianos	\$0	\$0	\$0	\$0
La cobertura completa de Medicaid y recibe servicios domiciliarios o en su comunidad	\$0	\$0	\$0	\$0
La cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual de \$13,590 (soltero) o \$18,310 (casado) o inferior	\$0	\$0	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos: Un máximo de \$1.35 Medicamento de marca: Un máximo de \$4.00	\$0
La cobertura completa de Medicaid y un ingreso anual por encima de \$13,590 (soltero) o \$18,310 (casado)	\$0	\$0	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos: Un máximo de \$3.95 Medicamento de marca: Un máximo de \$9.85	\$0
Ayuda de Medicaid para pagar sus primas de la Parte B de Medicare	\$0	\$0	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos: Un máximo de \$3.95 Medicamento de marca: Un máximo de \$9.85	\$0
La Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$0	\$0	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos: Un máximo de \$3.95 Medicamento de marca: Un máximo de \$9.85	\$0

Notas: *Hay planes a los que se puede inscribir y que no cobran una prima. Hay otros en los que tendrá que pagar una parte de la prima aun si es elegible automáticamente para la **Ayuda Adicional**. Informe a su plan que es elegible para recibir la Ayuda Adicional y pregúntele cuánto pagará por la prima mensual. También puede visitar [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para buscar planes cuya prima mensual es \$0.

**El costo por medicamento generalmente disminuye una vez que lo que usted haya pagado más la Ayuda Adicional de Medicare alcancen los \$7,050 en 2022.

Los costos compartidos, niveles de ingresos y recursos indicados son para el año 2022 y pueden aumentar cada año. Si vive en Alaska o Hawái, o usted o su cónyuge pagan al menos la mitad de los gastos de los dependientes que vivan con usted, o si trabaja, los niveles de ingresos son más altos.

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

Si solicita la Ayuda Adicional y se la otorgan

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

- Visitar ssa.gov/i1020 para solicitarla vía Internet o llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- Solicitarla en la **Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)**.
- Visitar Medicare.gov/talk-to-someone o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y decir “Medicaid” para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Solicitar la ayuda no implica ningún riesgo ni costo. Recuerde que, si es elegible para la Ayuda Adicional, debe inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos para recibirla. Para obtener más información sobre qué ingresos y recursos cuentan cuando la solicita, consulte las páginas 41–42.

Si solicita y le otorgan la Ayuda Adicional, en la mayoría de los casos, **Medicare** lo inscribirá en un plan de medicamentos si usted aún no lo hizo. De esta manera, recibirá ayuda para pagar los costos de sus medicamentos. Medicare le enviará una carta en papel **verde** para indicarle cuándo comienza su cobertura. Verifique si el plan cubre los medicamentos que usa y si puede ir a las farmacias que quiere. De no ser así, puede cambiar de plan. Si el plan en el que lo ha inscrito Medicare no responde a sus necesidades, puede cambiar de plan una vez cada uno durante enero-marzo, de abril a junio y de julio a septiembre, y el cambio comenzará el primer día del mes siguiente. También puede cambiar de plan durante la Inscripción Abierta de Medicare, del 15 de octubre al 7 de diciembre, y los cambios entrarán en vigencia el 1 de enero.

Si no quiere que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos (por ejemplo, porque quiere conservar la cobertura de su empleador o sindicato), llame al plan descrito en la carta de color verde. Infórmeles que no desea estar en un plan de Medicare para medicamentos y que no quiere inscribirse. O, llame al 1-800-MEDICARE.

Nota: Cuando solicita Ayuda Adicional, también puede comenzar el proceso de solicitar para un Programa de Ahorros de Medicare. Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado a menos que usted les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda Adicional.

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

Los costos del plan de Medicare para medicamentos si **solicita y califica** para recibir la Ayuda Adicional en 2022

Si tiene Medicare y...	Su prima mensual*	Su deducible anual	Su costo por medicamento en la farmacia (<i>hasta \$7,050**</i>)	Su costo por medicamento en la farmacia (<i>después de \$7,050**</i>)
Su ingreso anual es menos de \$18,346.50 (soltero) o \$24,718.50 (casado) con recursos que no excedan los \$9,900 (soltero) o \$15,600 (casado)	\$0	\$0	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos: Un máximo de \$3.95 Medicamentos de marca: Un máximo de \$9.20	\$0
Su ingreso anual es menos de \$18,346.50 (soltero) o \$24,718.50 (casado) con recursos entre \$9,900 y \$15,510 (soltero) o \$15,600 y \$30,950 (casado)	\$0	\$99	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos: Un máximo de \$3.95 Medicamentos de marca: Un máximo de \$9.85
Su ingreso anual es de \$18,346.50 a \$19,026 (soltero) o de \$24,718.50 a \$25,634 (casado) con recursos que no excedan los \$15,510 (soltero) o los \$30,950 (casado)	25%	\$99	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos: Un máximo de \$3.95 Medicamento de marca: Un máximo de \$9.85
Su ingreso anual es de \$19,026 a \$19,705.50 (soltero) o de \$25,634 a \$26,549.50 (casado) con recursos que no excedan los \$15,510 (soltero) o los \$30,950 (casado)	50%	\$99	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos: Un máximo de \$3.95 Medicamentos de marca: Un máximo de \$9.85
Su ingreso anual es de \$19,705.50 a \$20,385 (soltero) o de \$26,549.50 a \$27,465 (casado) con recursos que no excedan los \$15,510 (soltero) o los \$30,950 (casado)	75%	\$99	Hasta el 15% del costo de cada medicamento	Genéricos y ciertos medicamentos preferidos: Un máximo de \$3.95 Medicamentos de marca: Un máximo de \$9.85

* y **: Consulte las notas bajo la tabla en la página 38 para más información.

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

¿Cómo calificar para la Ayuda Adicional?

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

- **Sus** ingresos y recursos cuentan.
- Si está casado y vive con su cónyuge, se cuentan los ingresos y recursos de **ambos**, inclusive si solamente uno solicita la **Ayuda Adicional**.
- Si está casado y no convive con su cónyuge cuando se postula, sólo contarán sus ingresos y recursos propios.

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

¿Cuáles ingresos se tienen en cuenta?

Se considera como “Ingresos” al dinero en efectivo, bienes o servicios que usa para pagar comidas y alojamiento. Los ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes:

Ingresos tomados en cuenta

- Salarios
- Ganancias por trabajo por cuenta propia
- Beneficios del Seguro Social
- Beneficios de Retiro Ferroviario
- Beneficios para Veteranos
- Pensiones
- Anualidades
- Pensión alimenticia
- Ingreso de alquiler
- Compensación al trabajador

Ingresos no tomados en cuenta

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Programa de vivienda
- Ayuda con la energía eléctrica
- Medicamentos y tratamientos médicos
- Ayuda por desastre
- Reembolsos tributarios
- Ayuda de terceros para pagar los gastos del hogar
- Pagos de compensaciones a las víctimas
- Becas estudiantiles

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

¿Cuáles son los recursos que se tienen en cuenta?

El Seguro Social y su estado deben tener en cuenta sus recursos para decidir si le otorgan la **Ayuda Adicional**. Los recursos incluyen el valor de sus pertenencias. Sus recursos incluyen dinero en efectivo y otros recursos que normalmente puede convertir en dinero en efectivo dentro de los 20 días hábiles. Los ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes:

Recursos tomados en cuenta

- Dinero en efectivo que tiene en su hogar u otro lado
- Cuentas bancarias (cuentas de cheques, cuentas de ahorro y certificados de depósito)
- Acciones, bonos, bonos de ahorro, fondos mutuos, cuentas de retiro individuales (IRA) u otras inversiones similares
- Valor de una propiedad que **no** sea su residencia principal (la casa donde vive)

Recursos no tomados en cuenta

- Su residencia principal (la casa en la que vive) y el terreno
- Sus bienes personales
- Sus automóviles
- Lo que no puede cambiarse por efectivo fácilmente como joyas o muebles
- Gastos de entierro, parcelas e intereses del dinero destinado a la sepultura
- Pólizas de seguro de vida
- Propiedad necesaria para auto ayuda, como propiedad en alquiler o terreno usado para producir para el consumo doméstico

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

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

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

Si es elegible automáticamente para la Ayuda Adicional

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

Si no será elegible automáticamente para el año que viene, recibirá un aviso (en papel **gris**) por correo postal a principio del otoño. Si la cantidad de Ayuda Adicional que recibe cambia, también cambiará su **copago** para el año que viene. Recibirá un aviso (en papel **naranja**) por correo postal, con los montos nuevos de sus copagos. Si no recibe ningún aviso, recibirá el mismo nivel de Ayuda Adicional el año que viene.

Aunque reciba el aviso en papel gris porque no es elegible automáticamente, aún puede ahorrar en los costos de su cobertura de medicamentos de Medicare. **Debe solicitar la Ayuda Adicional para averiguar si es elegible.**

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.



3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Si solicita la Ayuda Adicional y se la otorgan

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

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

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

Si solicitó la Ayuda Adicional al Seguro Social y se la otorgaron, infórmele sobre cualquier cambio en su estado civil, porque podría aumentar, disminuir o terminar la Ayuda Adicional que recibe. Cualquier cambio que influya sobre la Ayuda Adicional que recibe entrará en vigencia el mes siguiente a que informe el cambio.

Puede comunicar los cambios en sus ingresos, recursos o número de integrantes de su familia al Seguro Social para evaluarlos en cualquier momento. Cualquier cambio que afecte la Ayuda Adicional entrará en vigencia el 1 de enero del año siguiente.

Si solicitó la Ayuda Adicional a su estado y se la otorgaron, las normas de su estado pueden exigirle que les informe sobre cambios en su situación. Comuníquese con la **oficina de Asistencia Médica de su estado (Medicaid)** para obtener más información. Puede obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado visitando [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

Si reúno los requisitos para la Ayuda Adicional, ¿cómo puedo estar seguro de que estoy pagando la cantidad correcta?

Usted debe recibir un aviso **morado, amarillo, naranja o verde** de **Medicare** que puede mostrarle a su plan como confirmación de que es elegible para la **Ayuda Adicional** (consulte el cuadro en la página 36). Si solicitó la Ayuda Adicional, puede mostrar su carta de “Aviso de elegibilidad/otorgamiento” del Seguro Social como confirmación de que es elegible. Si tiene Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), puede usar la carta del Seguro Social como comprobante.

También puede usar cualquiera de los siguientes documentos para demostrar su elegibilidad. Cada documento debe demostrar que era elegible para **Medicaid** durante un mes después de junio del 2022.

Comprobante de que tiene Medicaid y vive en una institución o recibe servicios en el hogar y en la comunidad	Prueba de que tiene Medicaid
<ul style="list-style-type: none">▪ Una factura de la institución (por ejemplo, un asilo de ancianos) o una copia de un documento estatal que demuestre pagos de Medicaid a la institución por un plazo de por lo menos un mes▪ Una copia del sistema estatal de Medicaid▪ Que demuestre que vivió en la institución durante al menos un mes▪ Un documento estatal que demuestre que tiene Medicaid y recibe servicios en el hogar o en la comunidad	<ul style="list-style-type: none">▪ Una copia de su tarjeta de Medicaid (si hubiera)▪ Una copia de un documento estatal que demuestre que tiene Medicaid▪ Una copia del archivo electrónico estatal de inscripción o impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid de su estado que demuestren que tiene Medicaid▪ Cualquier otro documento de su estado que demuestre que tiene Medicaid

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

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

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

Si pagó los medicamentos desde que reunió los requisitos para la Ayuda Adicional, es posible que le reembolsen parte de los gastos. Guarde los recibos y llame al Programa de Transición para los Beneficiarios de Ingresos Limitados Elegibles Recientemente (NET) de Medicare al 1-800-783-1307 si desea obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

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

Usted tiene el derecho de apelar la decisión. Si la solicitó la Ayuda Adicional a través del Seguro Social, le darán una audiencia telefónica, a menos que elija una revisión del caso. De cualquier manera, el Seguro Social revisará las partes de la decisión con las que usted no está de acuerdo y estudiará la información nueva que les haya proporcionado. También revisará aquellas partes que usted piensa que son correctas. La persona que decida sobre su caso no habrá participado en la primera decisión.

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

Para solicitar una apelación, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. También puede obtener una copia del formulario SSA-1021 (“Pedido de apelación de la determinación de la ayuda con los costos de los medicamentos de Medicare”) y las instrucciones para completarlo en ssa.gov/forms.

Si desea apelar la decisión, recuerde que:

- Tiene 60 días para hacerlo.
- Los 60 días comienzan al día siguiente de haber recibido una carta del Seguro Social denegando su solicitud. El Seguro Social considerará que recibió dicha carta cinco días después de la fecha de la carta, a menos que les demuestre que no la recibió en ese período.
- Puede solicitar a un abogado, amigo u otra persona que le ayude. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para obtener una lista de los grupos que pueden ayudarle con su apelación. Para buscar la oficina local del Seguro Social, visite ssa.gov/locator.

Si solicita la **Ayuda Adicional a su estado, la carta que le envíen con la decisión debe incluir sus derechos y procedimientos de apelación. Llame a la **Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)** si desea información sobre el proceso de apelación en su estado.** Puede obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado en Medicare.gov/talk-to-someone o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

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

Igualmente puede elegir un plan de Medicare para medicamentos que satisfaga sus necesidades e inscribirse. Deberá pagar la **prima** mensual, el **deducible** anual (algunos planes no tienen uno) y una parte del costo de los medicamentos.

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

Otras maneras de ahorrar si no le otorgan la Ayuda Adicional



Cuando esté listo para comprar cobertura de medicamentos de Medicare, considere elegir un plan que ofrezca cobertura adicional durante la brecha de cobertura de medicamentos de Medicare (que comienza una vez que usted y su plan hayan gastado \$4,430 (incluido el deducible) en medicamentos cubiertos para 2022. Planes con cobertura adicional pueden cobrar una prima mensual más alta, así que consulte primero con el plan de medicamentos para ver si sus medicamentos estarían cubiertos

durante la brecha. Visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para buscar la cobertura de medicamentos de Medicare.

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional

También puede ayudar a disminuir los costos de medicamentos de Medicare mediante lo siguiente:

- **Cambiar a medicamentos genéricos u otros de menor costo.** Puede haber medicamentos genéricos o de marca menos costosos que funcionen tan bien como los que está tomando ahora. Hable con su médico para averiguar si estos son una opción adecuada para usted. También es posible que pueda reducir los costos de los medicamentos recetados mediante el uso de farmacias de pedidos por correo.
- **Consultar los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)** para los que podría ser elegible. Varios estados y las Islas Virgenes de los EE.UU. ofrecen algún tipo de ayuda a los beneficiarios de Medicare para el pago de **las primas** y los costos compartidos. Para averiguar si su estado tiene un SPAP, visite [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs). Si desea más información sobre los SPAP, consulte la página 66. Las contribuciones de los SPAP pueden tenerse en cuenta para el límite de los gastos de su bolsillo, que es de \$7,050 en 2022. Una vez que haya gastado más del límite, obtendrá automáticamente “cobertura catastrófica”.
- **Consultar los Programas de Ayuda Farmacéutica del Fabricante (a veces denominados Programas de Ayuda a Pacientes [PAP]).** Muchos de los principales fabricantes de medicamentos ofrecen programas de asistencia para personas con cobertura de medicamentos de Medicare. Averigüe si los fabricantes de los medicamentos que toma ofrecen un PAP en [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program). Cualquier ayuda que le ofrezcan no contará para los gastos de su bolsillo.

Su estado puede tener programas para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos recetados. Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o el **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para más información. Visite [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de su SHIP. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

3

Cómo obtener la Ayuda Adicional



Sus opciones de cobertura

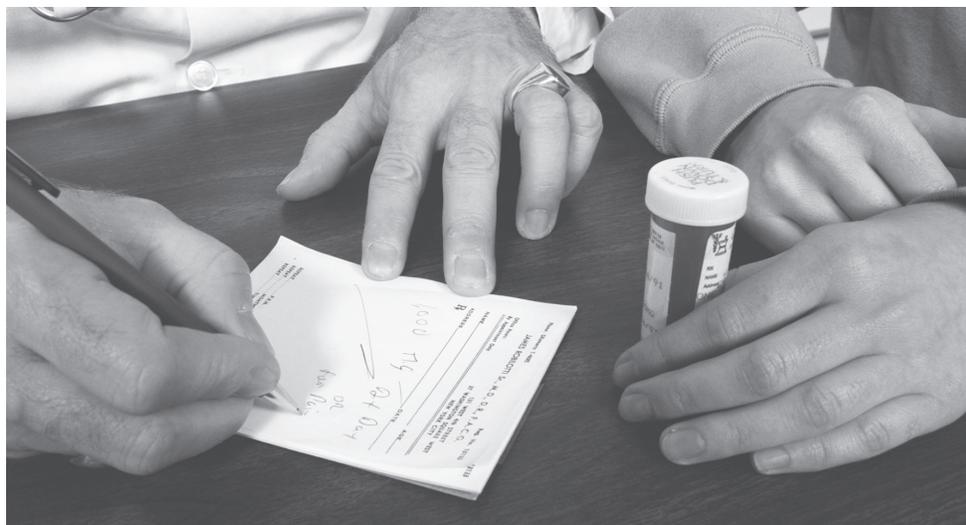
Infórmese sobre las opciones que tiene con la cobertura de medicamentos de Medicare. **Es posible que encuentre más de una situación que pueda aplicarse a su caso.**

Obtener ayuda con las decisiones sobre la cobertura de medicamentos

Si necesita ayuda con las decisiones sobre su cobertura de medicamentos de Medicare, llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**. Visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de su SHIP. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.



4

Sus opciones de cobertura

¿Qué debo considerar antes de adquirir una cobertura de medicamentos de Medicare?

Antes de tomar una decisión, debe averiguar lo siguiente:

- ¿Tengo **cobertura de medicamentos acreditable o válida** en este momento?
- ¿Cómo afectará mi cobertura actual si decido quedarme con ella e inscribirme en un plan de Medicare de salud o para medicamentos? Su plan actual puede brindarle esta información.
- ¿Cómo afectará los gastos de mi bolsillo la inscripción a un plan de Medicare de salud o para medicamentos en particular?
- Si espero para inscribirme en un plan de Medicare de salud o para medicamentos, ¿será más elevada la **prima** porque tendré que pagar una **multa** por inscripción tardía? ¿Comenzaría mi cobertura cuando yo lo desee?
- ¿Hay algún plan de Medicare de salud o para medicamentos en mi área que cubra los medicamentos que tomo? Descúbralo en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare).



- ¿Puede obtener la **Ayuda Adicional** para pagar los costos de medicamentos si me inscribo en un plan de Medicare para medicamentos? Puede calificar para la Ayuda adicional si tiene ingresos y recursos limitados. Vea la Sección 3.
- ¿Hay alguna farmacia en especial que quiero usar? ¿Pertenece a una red de un plan de Medicare de salud o para medicamentos en mi zona?
- ¿Pasa parte del año en otro estado? Esto puede ser importante si un plan al que quiere inscribirse le exige que use ciertas farmacias.
- ¿Cuáles son las calificaciones de calidad del plan de Medicare para medicamentos en particular? Compare los **planes de medicamentos de Medicare** en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare).

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

4

Sus opciones de cobertura

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

Si tiene la **Parte A de Medicare (seguro de hospital)** y/o la **Parte B de Medicare (seguro de hospital)** y vive en una zona de servicio del plan de Medicare para medicamentos, puede inscribirse en ese plan. Use [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener una lista de los planes en su zona. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede fijarse en el manual “Medicare y usted”. ¿No está seguro de si tiene la Parte A y/o la Parte B? Fíjese en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

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

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

1. Puede quedarse con su **póliza Medigap** e inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos.
2. Puede inscribirse en un **plan Medicare Advantage** de su zona que incluya cobertura de medicamentos. Usted obtendrá todos los beneficios de atención médica y cobertura de medicamentos del plan.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage no necesita una póliza Medigap. Si ya tiene una, no puede usarla para pagar los gastos de su bolsillo de su plan Medicare Advantage. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, es posible que quiera cancelar su póliza Medigap. Sin embargo, tal vez no pueda recuperarla si cancela su plan Medicare Advantage y regresa a **Medicare Original**, o quizá tenga que pagar una **prima** más costosa por la póliza Medigap.

Usted legalmente tiene derecho a comprar una póliza Medigap, pero los derechos de compra varían en cada estado. Para obtener más información al respecto, comuníquese con su compañía de seguro de Medigap o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

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

4

Sus opciones de cobertura

Tengo Medicare y una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) con cobertura de medicamentos

Antes del 2006, algunas **pólizas Medigap** incluían cobertura de medicamentos. Si aún tiene una póliza Medigap con cobertura de medicamentos, la compañía de seguro de Medigap debe enviarle un aviso detallado cada año en el que se describan sus opciones de cobertura y si la cobertura es una **cobertura de medicamentos acreditable o válida**. A continuación, le mencionamos algunas de sus opciones de cobertura de medicamentos:

- Puede inscribirse en un **plan de Medicare para medicamentos** y conservar su póliza Medigap actual sin la cobertura de medicamentos.
- Puede inscribirse en un **plan Medicare Advantage** que incluya la cobertura de medicamentos. Recibirá toda la cobertura de cuidados médicos, incluso la cobertura de medicamentos de este plan y no necesitará una póliza Medigap. Puede seguir usando su cobertura de medicamentos de Medigap si se inscribe en un **plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare**, un tipo de plan Medicare Advantage, dado que los MSA no pueden ofrecer cobertura de medicamentos de Medicare.
- Puede conservar su póliza Medigap actual con la cobertura de medicamentos incluida. Si la cobertura de medicamentos que ofrece su plan Medigap no es acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si luego decide obtener su cobertura a través de un plan de medicamentos de Medicare.

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

Nota: Si se inscribe en una póliza Medigap y un plan de Medicare para medicamentos que la misma compañía ofrece, es posible que necesite realizar 2 pagos de primas separados para su cobertura. Comuníquese con su compañía de seguros para conocer más detalles.

Consejo: Comuníquese con su compañía de seguros Medigap antes de realizar cualquier cambio a su cobertura de medicamentos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

4

Sus opciones de cobertura

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

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

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

Antes de decidir si se inscribe o no en un plan de Medicare para medicamentos, conozca cómo funciona la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato con Medicare porque es probable que su cobertura cambie si se inscribe en este plan. Su empleador o sindicato (o el plan que administra su cobertura) le enviarán un aviso de “Cobertura acreditable” cada año, en donde se le notificará si es una cobertura de medicamentos acreditable o válida y cómo se compara con la cobertura de medicamentos de Medicare. Lea con atención y guarde todos los documentos de su empleador o sindicato para conocer sus opciones. Si no recibe esta información, solicítela a su empleador o sindicato.

Es posible que tenga que elegir entre la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato y la de Medicare:

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

4

Sus opciones de cobertura

Tengo Medicare y la cobertura de medicamentos de mi empleador o sindicato actual o anterior (continuación)

Algunas respuestas que debe obtener antes de tomar una decisión:

- ¿Es su cobertura de medicamentos de empleador o sindicato acreditable (en promedio, se espera que pague al menos tanto como la de Medicare)? Si no lo es, en la mayoría de los casos, tendrá que pagar una **multa** por inscripción tardía si no se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos cuando es elegible por primera vez.
- ¿Perderán usted, su cónyuge o sus dependientes la cobertura médica de su empleador o sindicato si se inscribe en la cobertura de Medicare para medicamentos?
- ¿Cómo se comparan los gastos directos de su bolsillo de su cobertura de empleador o sindicato con la cobertura de Medicare para medicamentos?
- ¿Cómo cambiarán sus gastos si recibe la **Ayuda Adicional** con la cobertura de Medicare para medicamentos?

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

- Puede conservarla por todo el tiempo que su empleador o sindicato la ofrezca.
- No tendrá que pagar la multa por inscripción tardía si su empleador o sindicato dejan de ofrecer la cobertura de medicamentos o la cobertura de medicamentos acreditable o válida, siempre que se inscriba en un plan de Medicare de salud o para medicamentos dentro de los 63 días de terminada su cobertura.

Nota: Guarde cualquier documento que le envíe su empleador o sindicato en el que le informen que su cobertura de medicamentos es acreditable. Es posible que deba mostrárselo a su plan de Medicare para medicamentos como confirmación de que su cobertura es acreditable si decide inscribirse más tarde.

4

Sus opciones de cobertura

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

Si quiere la cobertura de Medicare para medicamentos, en la mayoría de los casos, debe inscribirse cuando sea elegible por primera vez para evitar el pago de una **multa** por inscripción tardía. Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, es posible que tenga que esperar para inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos hasta la Inscripción Abierta, que tiene lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Pregúntele al administrador de beneficios cuáles son sus opciones. Es posible que realice una de las siguientes:

- Quedarse con su cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato e inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos para tener una cobertura más completa.
- Quedarse solamente con la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato. Si se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos más tarde, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si su cobertura actual no es acreditable.
- Dejar su cobertura actual e inscribirse en un plan Medicare que cubra los medicamentos. (**Nota:** Si su cobertura actual cambia y ya no es acreditable, será elegible para obtener la cobertura de medicamentos de Medicare durante un Período Especial de Inscripción. Vea la página 18 para más información).



Advertencia: Si cancela la cobertura de su empleador o sindicato, no podrá recuperarla nuevamente. También es posible que no pueda dejar su cobertura de **medicamentos** de su empleador o sindicato sin tener que dejar su cobertura de **salud** de su empleador o sindicato. Si cancela la cobertura, es posible que también tenga que cancelar la cobertura de su cónyuge y dependientes. Medicare no tiene información sobre cómo se verá afectada la cobertura de su empleador o sindicato actual si se inscribe en una cobertura de Medicare para medicamentos, de manera que debe hablar con el administrador de beneficios del sindicato o empleador antes de tomar cualquier decisión sobre su cobertura de medicamentos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

4

Sus opciones de cobertura

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

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

Para obtener más información sobre cómo funciona su plan FEHB con Medicare, visite opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/medicare/ o comuníquese con la Oficina de Gerencia de Personal llamando al 1-888-7767-6738. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. También puede llamar a su plan.

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

- Mientras reúna los requisitos, puede quedarse con su cobertura de medicamentos, CHAMPVA de TRICARE, CHAMPVA o VA. Debe recibir información anual de TRICARE o de VA sobre su cobertura y si es una **cobertura de medicamentos acreditable o válida**. Lea esta información atentamente y guárdela.
- Antes de realizar algún cambio, comuníquese con el administrador de beneficios para obtener información sobre su cobertura de TRICARE, CHAMPVA o VA. Casi siempre será beneficioso que conserve su cobertura actual sin hacer cambios. Para la mayoría de las personas con cobertura de TRICARE, CHAMPVA o VA, a menos que sea elegible para la **Ayuda Adicional**, no es aconsejable que se inscriba en un plan de Medicare para medicamentos.

4

Sus opciones de cobertura

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

- Si reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional, compare los costos de un plan de Medicare para medicamentos más la Ayuda Adicional con los costos de la cobertura de medicamentos de TRICARE, CHAMPVA o VA.
- Si alguna vez pierde su cobertura de TRICARE, CHAMPVA o VA y necesita inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos, en la mayoría de los casos, no tendrá que pagar una **multa** por inscripción tardía si lo hace dentro de los 63 días de terminada su cobertura de TRICARE, CHAMPVA o VA.
- Si se inscribe en la cobertura de Medicare para medicamentos y tiene la cobertura de VA, no podrá usar ambas coberturas para el mismo medicamento recetado.
- Si se inscribe en la cobertura de medicamentos de Medicare y tiene cobertura de VA, no puede usar ambos tipos de cobertura para la misma receta.
- Si se inscribe en la cobertura de Medicare para medicamentos y tiene la cobertura de TRICARE, el plan de Medicare para medicamentos pagará primero y TRICARE será el pagador secundario.
- Si tiene CHAMPVA y se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, no podrá utilizar el programa Meds by Mail, que puede proporcionarle sus medicamentos de mantenimiento sin cargo (sin primas, deducibles ni copagos).
- Si se inscribe en un **plan Medicare Advantage** con cobertura de medicamentos, tendrá que obtener sus medicamentos del plan. El plan Medicare Advantage será el pagador primario. TRICARE podría pagar una parte o todo lo que el plan Medicare Advantage no pague si la farmacia del plan es una farmacia de la red de TRICARE que participa en la coordinación de los beneficios electrónicamente.

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

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

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

4

Sus opciones de cobertura

Tengo un plan de salud de Medicare sin cobertura de medicamentos

Si tiene un **plan Medicare Advantage** u otro **plan de salud de Medicare** que no cubre sus medicamentos, es posible que le convenga tener en cuenta otras opciones de cobertura de medicamentos de Medicare durante un período de inscripción válido (consulte la página 18 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan de medicamentos o un plan de salud con cobertura de medicamentos).

- Consulte si su plan Medicare Advantage ofrece una opción de cobertura Medicare para medicamentos. Si lo hace, puede cambiarse a esa opción.
- Si su plan actual no ofrece dicha cobertura, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare de su zona que ofrezca dicha cobertura.
- Si su plan actual no ofrece la cobertura de medicamentos de Medicare, puede cambiar a **Medicare Original** e inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos.
- Solamente algunos **Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) de Medicare** ofrecen la cobertura de medicamentos de Medicare. Si su plan PFFS de Medicare no ofrece la cobertura de medicamentos de Medicare, puede inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos separado para obtener esta cobertura.
- Los **planes de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare** **no** ofrecen cobertura de medicamentos de Medicare. Si tiene un plan MSA de Medicare, puede inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos para obtener cobertura de medicamentos.
 - Si tiene un plan MSA y un plan de Medicare para medicamentos, cualquier dinero que use de su cuenta del plan MSA para los **deducibles** o el costo compartido del plan de Medicare para medicamentos cuenta para el límite de gastos de su bolsillo (consulte las páginas 13–16.)
 - Si tiene un plan MSA de Medicare y **no** tiene un plan de Medicare para medicamentos, puede usar el dinero en su cuenta de MSA para medicamentos y de venta libre. Estos gastos no serán tenidos en cuenta para el deducible del plan MSA.
- Si su **Plan de Costos de Medicare** no ofrece la cobertura de medicamentos de Medicare, puede inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos por separado para agregar la cobertura de medicamentos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

4

Sus opciones de cobertura

Si se queda en un plan que no ofrece la cobertura de medicamentos y no se inscribe en un **plan de Medicare para medicamentos** ni tiene otra **cobertura de medicamentos acreditable o válida**, es posible que tenga que pagar una **multa** por inscripción tardía si decide inscribirse más adelante. Consulte las páginas 20 y 21 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

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

Tengo un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos

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

- Si tiene un plan Medicare Advantage y se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos, en la mayoría de los casos se le dará de baja de su plan Medicare Advantage y regresará al **Medicare Original**.
- Si tiene un **Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) de Medicare** o un **Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare** sin la cobertura de medicamentos de Medicare, puede inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos por separado para agregar la cobertura de medicamentos.
- Con un **plan de costos de Medicare**, puede obtener la cobertura de medicamentos de Medicare del plan (si se ofrece) o puede inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos por separado para agregar la cobertura de medicamentos.



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

4

Sus opciones de cobertura

Tengo Medicare y Medicaid

Medicare le ayuda a pagar por sus medicamentos en vez de **Medicaid**. Debido a que tiene Medicaid, Medicare le otorgará automáticamente la **Ayuda Adicional** para pagar los costos de su **plan de Medicare para medicamentos**. Consulte la página 38 para obtener información sobre los costos.

A menos que elija un **plan Medicare Advantage** con cobertura de medicamentos o un plan de medicamentos de Medicare por su cuenta, Medicare inscribe automáticamente a las personas con cobertura de Medicare y Medicaid completa que viven en **instituciones** en planes de medicamentos de Medicare. 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 estadía durante al menos un mes laboral completo.

Si no se ha inscrito en un plan de medicamentos, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos para asegurarse de que tenga cobertura (a menos que ya tenga cierta cobertura de medicamentos de jubilado). Medicare le enviará un aviso **amarillo** para informarle cuál es el plan en el que lo ha inscrito y cuándo comienza la cobertura. Verifique si el plan cubre los medicamentos que toma e incluye las farmacias que usa. Si califica para la Ayuda Adicional, puede cambiarse a un plan de Medicare para medicamentos en cualquier momento.

Si obtiene algún medicamento antes de que entre en vigencia la cobertura de su plan de Medicare para medicamentos, es posible que le puedan reembolsar parte del gasto. Llame al Programa de Transición para los Beneficiarios de Ingresos Limitados Elegibles Recientemente (Newly Eligible Transition, NET) al 1-800-783-1307 para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Vea la página 73 para más información.

Si no quiere una cobertura de medicamentos de Medicare y tampoco quiere que Medicare lo inscriba (por ejemplo, porque tiene otra **cobertura de medicamentos acreditable o válida**), llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y avíseles que no quiere inscribirse. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Advertencia: Si llama al 1-800-MEDICARE y les dice que no desea inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos, podría quedarse sin cobertura de medicamentos. Puede cambiar de idea e inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos durante el próximo período de inscripción disponible sin tener que pagar una **multa** por inscripción tardía, siempre que sea elegible para la Ayuda Adicional.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

4

Sus opciones de cobertura

Si continúa siendo elegible para Medicaid, dicho programa seguirá cubriendo los otros costos de los servicios de salud que Medicare no cubre. Si no está seguro si aún calificar para Medicaid, llame a la **Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)**. Para obtener el número de teléfono, visite Medicare.gov/talk-to-someone o llame al 1-800-MEDICARE.

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

Si tiene Medicare y obtiene SSI o pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare, Medicare le enviará una carta en papel **morado** para avisarle que es elegible automáticamente para recibir la **Ayuda Adicional** para pagar los costos de la cobertura de medicamentos de Medicare. La recibirá automáticamente cuando se inscriba en un plan de Medicare para medicamentos. Consulte la página 38 para obtener más información sobre los costos.

Si no se inscribe en la cobertura de medicamentos, Medicare lo inscribirá en un plan de Medicare para medicamentos para asegurarse de que tenga cobertura, a menos que tenga cierta cobertura de jubilado. Medicare le enviará un aviso **amarillo** o **verde** para informarle cuándo comienza la cobertura. Puede cambiar a un plan de Medicare para medicamentos diferente durante el próximo período de inscripción disponible, siempre que sea elegible para la Ayuda Adicional.

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

Advertencia: Si llama al 1-800-MEDICARE y les dice que no desea inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos, puede que se quede sin cobertura de medicamentos. Puede cambiar de idea e inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos durante el próximo período de inscripción disponible sin tener que pagar una multa por inscripción tardía, siempre que sea elegible para la Ayuda Adicional.

4

Sus opciones de cobertura

Tengo Medicare y vivo en un asilo para ancianos u otra institución

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Nota: Para efectos de esta publicación, las instituciones no incluyen a los establecimientos para la vida asistida o para adultos ni las residencias o cualquier tipo de asilo para ancianos que no estén aprobados por Medicare o Medicaid.



4

Sus opciones de cobertura

Tengo Medicare y los beneficios del Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE)

Los **Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE)** son una opción conjunta de Medicare y Medicaid en algunos estados. PACE le proporciona su cobertura de medicamentos de Medicare, de manera que no necesita inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos por separado.

Advertencia: Si se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos, le cancelarán el plan de PACE. Su plan del programa PACE no sólo cubre sus medicamentos, sino **todos** sus servicios de atención médica. Si se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos, le cancelan su plan de PACE, y ya no tendrá otros beneficios de atención médica a través de PACE. Si desea obtener más información, comuníquese con su plan de PACE. Encuentre la información de contacto de su PACE visitando [Medicare.gov/plan-compare/#/pace/](https://www.Medicare.gov/plan-compare/#/pace/).

Si tiene Medicare y la cobertura completa de Medicaid, adquirirá sus medicamentos a través del plan de PACE sin tener que pagar nada.

Si sólo tiene **Medicare**, recibirá todos los beneficios de atención médica, incluida la cobertura de medicamentos, a través de su plan de PACE. Usted pagará una **prima** mensual reducida de PACE porque no incluirá los medicamentos. Sin embargo, también pagará una prima de medicamentos de Medicare por separada a su plan u organización de PACE por la cobertura del costo de sus medicamentos.

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

4

Sus opciones de cobertura

Tengo Medicare y recibo ayuda del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) para pagar los costos de los medicamentos

Varios estados tienen programas que ayudan a ciertas personas a pagar sus medicamentos. Según el estado donde viva, el **Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)** le brindará ayuda para pagar sus medicamentos de distintas maneras. Es posible que algunos SPAP tengan como requisito que se inscriba en la cobertura de Medicare para medicamentos y luego, cubrirán los costos que Medicare no cubra. Encuentre la información de contacto de su SPAP en [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx](https://www.medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx). Las contribuciones de SPAP cuentan para su umbral (o límite) de gastos de bolsillo de su cobertura de Medicare para medicamentos, que es de \$7,050 en 2022. Una vez que haya gastado más del límite, obtendrá automáticamente “cobertura catastrófica”. Esto asegura que solo pagará un pequeño porcentaje del coseguro o copago por los medicamentos cubiertos durante el resto del año”.

Si usted pertenece a un SPAP, además del período de inscripción abierta del 15 de octubre al 7 de diciembre, puede tener cada año otra oportunidad para inscribirse en un plan. Una vez al año, puede cambiar el plan en el que lo ha inscrito su SPAP. Si pierde sus beneficios de SPAP, tendrá la oportunidad de elegir una cobertura de Medicare para medicamentos diferente en cualquier momento del mes en que pierde los beneficios y durante dos meses más.

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.



4

Sus opciones de cobertura

Recibo ayuda de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

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

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

ADAP varía en cada estado, de manera que debe comunicarse con su programa de ADAP para obtener información sobre cómo funciona con la cobertura de medicamentos de Medicare. Las contribuciones de ADAP cuentan para su umbral (o límite) de gastos de bolsillo de su plan de Medicare para medicamentos, que es de \$7,050 en 2022.



4

Sus opciones de cobertura

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

- Usted y su comunidad pueden beneficiarse si se inscribe en un plan de Medicare. Pregúntele a su proveedor de salud o al coordinador de beneficios si le conviene inscribirse en un plan. Si decide hacerlo, ellos le pueden ayudar a encontrar un plan.
- Si obtiene medicamentos a través de una farmacia de salud para indígenas, no tiene que pagar nada.
- La inscripción en la cobertura de Medicare para medicamentos podría ser útil para su proveedor de salud para indígenas porque el plan paga parte del costo de sus medicamentos. Esto le ayuda al proveedor de salud para indígenas con el costo de los servicios.
- Si tiene la cobertura completa de **Medicaid** y vive en un asilo para ancianos, no tendrá que pagar nada por la cobertura de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo inscribirse en un plan, pregúntele a su proveedor de salud para indígenas o verifique con el coordinador de beneficios de su farmacia de salud indígena local.
- Si tiene un seguro médico del Servicio de Salud para Indígenas, Programa de Salud Tribal o Programa Urbano de Salud para Indígenas, tiene una **cobertura de medicamentos acreditable o válida**. No tendrá que pagar una **multa** por inscripción tardía si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos. Pídale a su proveedor de salud para indígenas una carta que indique que tiene cobertura de medicamentos acreditable o válida.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

5

Tres pasos para elegir cobertura de Medicare para medicamentos

Siga estos 3 pasos siguientes para elegir e inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos, ya sea para hacerlo por primera vez o hacer cambios para el año siguiente. Use las hojas de cálculo personales en las páginas 70 como ayuda para elegir un plan que le convenga:

Paso 1: Reúna información sobre sus necesidades y cobertura de medicamentos actuales.

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

Paso 3: Decida cuál es el mejor plan para usted e inscríbese.

Consejo: Antes de inscribirse en un plan de Medicare, averigüe cómo su cobertura actual podría afectar sus opciones de cobertura de medicamentos. Consulte la Sección 4.

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

Antes de elegir una cobertura de Medicare para medicamentos, reúna información. Necesita información sobre cualquier cobertura de medicamentos que pueda tener actualmente, así como una lista de los medicamentos y las dosis que toma. También debe tener a mano cualquier carta que haya recibido de Medicare, el Seguro Social o su cobertura de Medicare actual sobre cambio a su plan.

Si tiene cobertura de medicamentos, debe averiguar si es una **cobertura de medicamentos acreditable o válida**. Se requiere que su compañía de seguro o proveedor del plan actual le informen cada año si su cobertura es acreditable. Si no se han comunicado con usted, llame a su asegurador, plan o administrador de beneficios para averiguar.

5

Tres pasos para elegir cobertura de Medicare para medicamentos

Paso 2: Compare la cobertura de medicamentos de Medicare teniendo en cuenta su precio, cobertura y servicio al cliente

Use [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para comparar planes según lo más importante para su situación y sus necesidades de medicamentos. Tal vez le convenga preguntarse:

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

Si necesita ayuda con las decisiones sobre su cobertura de medicamentos de Medicare, llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**. Visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de su SHIP. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

5

Tres pasos para elegir cobertura de Medicare para medicamentos

Paso 3: Elija el plan que más le convenga e inscribábase

Visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) o llame al 1-800 - MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener una lista de los planes específicos disponibles en su área. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede buscar en su manual “Medicare y Usted”.

Una vez que haya elegido un plan que satisfaga sus necesidades, es posible que pueda inscribirse a través de [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Si no, use la información del plan en “Detalles del plan” o en su manual para saber cómo inscribirse. Es posible que pueda inscribirse por teléfono, mediante solicitud impresa o en línea.



6

Consejos para usar su nueva cobertura de medicamentos de Medicare

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

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

- Su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para iniciar sesión (o crear) su cuenta segura de Medicare para imprimir una copia oficial de su tarjeta de Medicare.
- Un documento con fotografía (como el pasaporte o licencia de conducir).
- Su tarjeta de miembro del plan.

Si no tiene una tarjeta de miembro del plan, también debe llevar:

- Una carta de confirmación o ratificación del plan, si la tuviera.
- Un número de confirmación de inscripción en el plan, si lo tuviera.
- El nombre del plan de Medicare para medicamentos en el que se ha inscrito. (**Nota:** Si aún no ha recibido la tarjeta de miembro del plan o algún documento de inscripción del plan, decirle a su farmacéutico el nombre del plan le permitirá confirmar su inscripción y obtener la información que necesita para las facturas. Es posible que se demore el expendio de su medicamento porque el farmacéutico debe buscar la información sobre el plan).

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

Si tiene **Medicare** y **Medicaid** o califica para la **Ayuda Adicional** con los costos del plan de medicamentos, también debe proporcionar confirmación de su inscripción en Medicaid o confirmación que califica para la Ayuda Adicional a la farmacia. Esto le permitirá pagar la cantidad correcta por sus medicamentos. Consulte el cuadro de la página 36 donde se le proporciona la lista de algunas de las cartas que confirman que califica para la Ayuda Adicional. Vea la página 45 para una lista de documentos que confirman que tiene Medicaid.

6

Consejos para usar su nueva cobertura de medicamentos de Medicare

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

¿Qué pasa si el farmacéutico no puede confirmar mi inscripción en una cobertura de medicamentos o que me hayan otorgado la Ayuda Adicional?

En algunas ocasiones raras, el farmacéutico no podrá confirmar ni su inscripción en un plan ni su elegibilidad para Medicaid o la Ayuda Adicional. Si esto ocurriera, su médico le podría dar una muestra de su medicamento para ayudarlo hasta que puedan confirmar su cobertura. También puede pagarlo de su bolsillo. Debe guardar los recibos y trabajar con su nuevo plan de Medicare para medicamentos para recibir el reembolso por los medicamentos que normalmente estarían cubiertos por su plan.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Programa de Medicare de Transición para Personas Recién Elegibles y de Ingresos Limitados (NET, en inglés)

El Programa NET de Ingresos Limitados de Medicare brinda cobertura inmediata de medicamentos recetados si está en el mostrador de la farmacia y califica para la Ayuda Adicional, pero no está inscrito en un plan de medicamentos de Medicare. Este programa cubre todos los medicamentos cubiertos por la Parte D y no existen restricciones de farmacia de la red. Se le cobrará un copago reducido según su nivel de Ayuda Adicional. Además, si es elegible para este programa, cubrirá las recetas que haya surtido en los últimos 30 días.

Si pagó de su bolsillo los medicamentos recetados antes de inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, pero después de que calificó para Medicare y Medicaid o SSI, es posible que pueda recuperar esos costos. Llame al Programa NET de Ingresos Limitados de Medicare al 1-800-783-1307 para ver si califica. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Derechos y apelaciones

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

Aprenda a protegerse averiguando si los **planes de salud de Medicare** los y los **planes de medicamentos de Medicare** son comercializados apropiadamente. Estos planes y las personas que trabajan con Medicare **no** están autorizados a:

- Cobrarle para inscribirlo en un plan.
- Enviarle correos electrónicos no solicitados.
- Ir a su casa sin haber sido invitado para inscribirlo en un plan de Medicare.
- Llamarle, a menos que ya sea miembro de un plan. Si usted es miembro, el agente que lo ayudó a inscribirse puede llamarlo.
- Ofrecerle dinero para inscribirse en un plan o invitarlo a comer gratis para venderle un plan.
- Inscribirlo en una cobertura de medicamentos por teléfono, a menos que usted lo llame y solicite que lo inscriban.
- Pedirle un pago por teléfono o a través de Internet. El plan tiene que mandarle una factura.
- Venderle un producto que no está relacionado con la salud, como una anualidad o una póliza de seguro de vida, mientras intenta venderle un plan de medicamentos o de salud de Medicare.
- Hacer una cita para brindarle información sobre su plan, a menos que acepte (por escrito o mediante una llamada telefónica grabada) para hablar sobre esos productos. Durante la cita, sólo pueden tratar de venderle los productos de los cuales aceptó hablar.
- Hablarle sobre sus planes en el lugar donde recibe atención médica, como un cuarto de examen, una habitación de hospital o en la farmacia.
- Intentar venderle los planes o inscribirlo durante un evento educativo, como un congreso o feria de servicios de salud.

Los agentes y representantes independientes que trabajan con los planes deben tener licencia del estado. El plan debe avisarle al estado cuáles son los agentes que están vendiendo sus planes.

7

Derechos y apelaciones

Si está inscrito en una cobertura de Medicare para medicamentos y cree que el plan no está cumpliendo con estas normas, llame al Contratista para la Integridad del Uso de los Medicamentos de Medicare (MEDIC) al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379).

Robo de identidad

El robo de identidad sucede cuando una persona usa su información personal sin su permiso o comete fraude u otros delitos. La información personal incluye su nombre o los números de su Seguro Social, Medicare, cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

Si cree que alguien está usando su información personal, llame a la línea directa para robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338 para denunciarlo. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-653-4261. Si desea obtener más información sobre el robo de identidad o para presentar una denuncia por Internet, visite ftc.gov/identitytheft.

¿Qué puedo hacer si necesito asistencia para pedir la Ayuda Adicional, inscribirme en la cobertura de Medicare para medicamentos o solicitar una apelación o determinación de cobertura?

Puede tener un representante legal que, conforme a la ley estatal o federal, tiene el derecho legal (por ejemplo, a través de un poder judicial o una orden judicial) de actuar en su nombre. También puede designar a un familiar, amigo, defensor, abogado, médico u otra persona para que actúe como su representante.

Un representante puede ayudarle (o actuar en su nombre) para averiguar si usted califica para recibir la **Ayuda Adicional** para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare, o solicitar una **determinación de cobertura**, presentar una queja (también denominada “reclamación”) o apelar una decisión. Su médico u otro proveedor que le recete pueden solicitar una determinación de cobertura o apelar al primer o segundo nivel sin ser nombrado como representante legal. **Un representante no puede inscribirlo en la cobertura de Medicare para medicamentos, a menos que también sea su representante legal, según lo estipulan las leyes de su estado.**

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

7

Derechos y apelaciones

El representante puede ser:

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

Si desea que Medicare le proporcione su información personal a alguien que no sea usted, puede:

- Complete el formulario “Nombramiento de un representante” (Formulario de CMS No. 1696) en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/CMS-Forms-Items/CMS012207](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/CMS-Forms-Items/CMS012207). También puede obtener el formulario cuando inicie sesión (o cree) su cuenta segura de Medicare en [Medicare.gov/account](https://www.Medicare.gov/account). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite una copia gratuita. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Enviar una carta que incluya:
 - Su nombre, dirección y número de teléfono
 - Su número de Medicare (tal y como aparece en su tarjeta roja, blanca y azul) o tarjeta de identificación del plan
 - Una declaración en donde designe a alguien como su representante
 - El nombre, la dirección y el número de teléfono de su representante
 - El estatus profesional de su representante o la relación que tiene con usted
 - Una autorización para divulgar su información personal y médica que lo identifica a su representante
 - Una declaración que explica el motivo por el cual se designa un representante y el alcance de su representación
 - Su firma y la fecha de la carta
 - La firma del representante y la fecha de la carta

7

Derechos y apelaciones

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Su representante debe enviar la carta o el formulario con su solicitud de apelación. Consulte la página 80 para obtener instrucciones para apelar. La persona que le ayuda debe enviar una copia de la carta o el formulario cada vez que solicite una **determinación de cobertura** o que apele, por lo tanto, es conveniente que conserve una copia de todo lo que le envía a Medicare como parte de su apelación. Si tiene alguna pregunta acerca de la designación de un representante, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué puedo hacer si me rechazan la inscripción a un plan de Medicare para medicamentos?

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

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

Si su plan de Medicare para salud y medicamentos no pagará por un medicamento que usted cree que debería estar cubierto, o que lo cubrirá, pero a un precio más caro, usted tiene estas opciones:

Hable con su proveedor (el profesional que le recetó el medicamento)

Pregúntele si cumple con el requisito de autorización previa o terapia escalonada. Si desea obtener más información sobre estos requisitos, comuníquese con su plan. Además, puede preguntarle al profesional que le recetó el medicamento si existen otros medicamentos genéricos, de venta libre, o de marca a un costo menor que cumplirían con el mismo propósito como los que toma actualmente.

7

Derechos y apelaciones

Solicite una determinación de cobertura (incluso una “excepción”)

Usted, su representante, su médico u otro proveedor que le receta pueden solicitar (oralmente o por escrito) que su plan cubra el medicamento que necesita. Puede solicitar una **determinación de cobertura** si su farmacéutico o su plan les informan uno de lo siguiente:

- Un medicamento que cree que debería estar cubierto no lo está.
- Un medicamento se cubre a un costo mayor a lo que cree que debería tener que pagar.
- Tiene que cumplir con una norma de cobertura del plan (como la autorización previa) antes de poder conseguir el medicamento que solicitó.
- No cubrirá un medicamento que está en el formulario porque el plan cree que no lo necesita.

Usted, su representante, su médico u otro proveedor que le receta pueden solicitar una determinación de cobertura conocida como “**excepción**” si:

- Usted cree que su plan debe cubrir un medicamento que no está en el formulario (**lista de medicamentos**) porque las otras opciones de tratamiento que ofrece su plan no darán el resultado esperado.
- Su médico o u otro profesional que le receta creen que no puede cumplir con las normas de cobertura de su plan, tal como la autorización previa, la terapia escalonada, o los límites sobre la cantidad o la dosis.
- Usted cree que su plan debe cobrarle un precio menor por un medicamento que toma de un nivel de costo más alto, dado que las otras opciones de tratamiento del nivel de medicamentos de costo más bajo no funcionan para usted.

Si solicita una exención, su médico u otro profesional que le receta tendrán que proporcionar una declaración de apoyo al plan que explique por qué necesita el medicamento que solicita. Comuníquese con su plan para averiguar si se deberá proporcionar la declaración de apoyo por escrito. El plazo para la toma de una decisión de su plan comienza una vez que el plan recibe la declaración de apoyo.

Puede solicitar una determinación de cobertura antes de pagar u obtener los medicamentos, o podría pagar por los medicamentos, guardar el recibo y pedir que el plan le reembolse al solicitar la determinación de cobertura.

7

Derechos y apelaciones

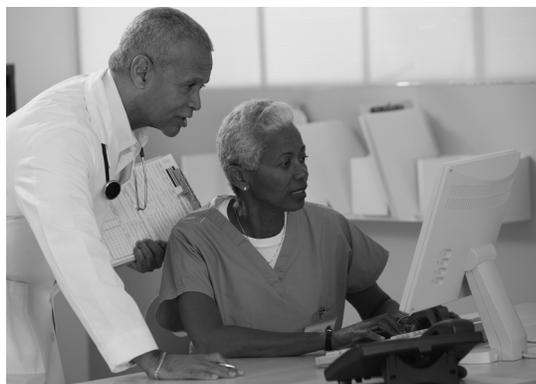
Para obtener detalles sobre cómo solicitar una **determinación de cobertura**, visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).

Si usted no está de acuerdo con la determinación de cobertura, tiene derecho a apelar.

¿Cómo puede apelar si tengo una cobertura de medicamentos de Medicare?

Si su plan se pronuncia en su contra, le enviará una carta explicándole el motivo y las instrucciones sobre cómo apelar una decisión. También

puede encontrar información sobre sus derechos de apelación en la “Evidencia de cobertura” (EOC) del plan. La EOC es un documento que su plan le envía todos los años, en donde se explica qué cubre el plan y cómo funciona. Si tiene preguntas sobre este documento, llame a su plan.



Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Si decide apelar, solicite cualquier información que podría respaldar su caso a su médico u otro proveedor que le receta. Conserve una copia de todo lo que envíe a su plan para la apelación.

¿Cuál es el proceso de apelación para la cobertura de medicamentos de Medicare?

Hay cinco niveles de apelación disponibles. Si no está de acuerdo con una decisión tomada en cualquier nivel del proceso, puede acudir al siguiente nivel, por lo general. En cada nivel, le darán instrucciones para el próximo nivel de apelación. Para obtener detalles sobre el proceso de apelación, visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).

7

Derechos y apelaciones

¿Cómo presento una queja?

Si tiene una inquietud o un problema con su plan que no esté relacionado con un pedido de cobertura ni reembolso de un medicamento, tiene derecho a presentar una queja.

Algunos ejemplos del motivo por el que podría presentar una queja son:

- Cree que se deberían cambiar las horas de atención al cliente de su plan.
- Debe esperar mucho tiempo para obtener su medicamento.
- La compañía que gestiona su plan le envía materiales que no pidió y no están relacionados con su plan de medicamentos.
- El plan no tomó una decisión sobre una **determinación de cobertura** dentro del tiempo establecido y no envió su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) cuando debería haberlo hecho.
- Usted está en desacuerdo con la decisión del plan acerca de su solicitud de determinación de cobertura acelerada (rápida) o apelación de primer nivel (denominada “redeterminación”).
- El plan no le envió las notificaciones requeridas.
- Las notificaciones del plan no cumplen con las normas de Medicare.

Si desea presentar una queja, debe saber lo siguiente:

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

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

7

Derechos y apelaciones

Más información sobre la presentación de una queja

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

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

Si no se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos cuando es elegible por primera vez, es posible que tenga que pagar una **multa** por inscripción tardía, a menos que tenga otra **cobertura de medicamentos acreditable o válida**. En algunos casos, tiene derecho a solicitar a Medicare que revise su multa. A esto se le conoce como “reconsideración”.

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

- Usted cree que Medicare no tuvo en cuenta toda su cobertura de medicamentos acreditable o válida anterior.
- No recibió un aviso en el que le expliquen claramente si su cobertura anterior era una cobertura de medicamentos acreditable o válida.

Su plan de Medicare le entregará un formulario de solicitud de reconsideración con la carta en la que le avisan que tendrá que pagar una multa por inscripción tardía. Envíe por correo postal el formulario completo a la dirección, o por fax al número indicado en el formulario, durante los 60 días siguientes a la fecha de la carta. También debe enviar copias de cualquier documento que ayude a su caso, como cualquier información que tenga sobre su cobertura de medicamentos acreditable o válida anterior.



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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 85–89.

Para obtener más información



Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicare, visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para obtener información personalizada. Ingrese y guarde la información sobre sus medicamentos actuales para obtener una información detallada de los costos.

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

Si quiere que Medicare le divulgue su información médica personal a otra persona, necesita comunicárselo a Medicare por escrito.

Puede completar el formulario “Autorización a Medicare para divulgar información médica personal” (Formulario de CMS N0. 10106) en

[CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/CMS-Forms-Items/CMS1193148](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/CMS-Forms-Items/CMS1193148).

También puede obtener el formulario cuando inicie sesión (o cree) su cuenta segura de Medicare en [Medicare.gov/account](https://www.Medicare.gov/account). O puede llamar al 1-800-MEDICARE para obtener una copia del formulario.

- **Para más información sobre su cobertura de medicamentos actual,** comuníquese con el administrador de beneficios, el asegurador o el plan.
- **Para más información sobre la solicitud de la **Ayuda Adicional** para pagar los costos del plan de Medicare para medicamentos,** llame al Seguro Social al 1-800-772-1213, o visite [ssa.gov](https://www.ssa.gov). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- **Para asesoría gratuita personalizada sobre sus opciones de cobertura,** comuníquese con el **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**. Visite [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) o llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono de su SHIP.

Definiciones

Ayuda Adicional: Programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

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

Cobertura Medicare para medicamentos (Parte D): Beneficios opcionales para medicamentos disponibles para todas las personas con Medicare por un costo adicional. Esta cobertura se ofrece a través de las compañías de seguros y otras empresas privadas aprobadas por Medicare.

Copago: Cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta al médico, una visita a un hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. En general, el copago es una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Coseguro: Cantidad que se le puede pedir para que pague como su parte del costo por servicios después de haber pagado los deducibles. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, un 20%).

Deducible: Cantidad que debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que Medicare Original, su plan de medicamentos u otro seguro comiencen a pagar.

Determinación de cobertura (Parte D): La primera decisión tomada por su plan de Medicare para medicamentos (no por la farmacia) sobre sus beneficios, entre los que se incluyen:

- Si un medicamento específico está cubierto.
- Si usted ha cumplido con todos los requisitos para obtener un medicamento solicitado.
- ¿Cuánto tendrá que pagar por el medicamento.
- Si se puede hacer una excepción a una norma del plan cuando lo solicite.

9

Definiciones

El plan de medicamentos debe proporcionarle una decisión inmediata (72 horas para las solicitudes estándares, 24 horas para las solicitudes aceleradas). Si está en desacuerdo con la determinación de cobertura del plan, el próximo paso es apelar.

Enfermedad renal en etapa final (ESRD): Insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis regular o un trasplante de riñón.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura Medicare para medicamentos. Una excepción al formulario es una decisión del plan de medicamentos de cubrir un medicamento que no está en su lista o de renunciar a una norma de cobertura. Una excepción del nivel es una decisión del plan de medicamentos para cobrar una cantidad inferior por un medicamento que está en el nivel de medicamentos no preferidos. Usted o su proveedor que le receta pueden solicitar una excepción y su médico u otro proveedor que le receta deben presentar una declaración de respaldo que explique el motivo médico que justifique la excepción.

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

Interrupción en la cobertura (cobertura Medicare para medicamentos): Período en el que paga un costo compartido más alto por los medicamentos hasta que gaste lo suficiente como para calificar para la cobertura catastrófica. La interrupción en la cobertura (también denominada “período sin cobertura”) comienza cuando usted y su plan han pagado un importe en dólares establecido para medicamentos durante ese año.

Lista de medicamentos: Lista de medicamentos cubiertos por el plan u otro seguro que ofrezca beneficios de medicamentos. También se la conoce como formulario.

Medicaid: Programa estatal y federal conjunto que ofrece ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud está cubierta si usted es elegible para Medicare y Medicaid.

9

Definiciones

Medicare: Programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas más jóvenes con incapacidades y personas con enfermedad renal en etapa final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante, a veces denominada ESRD).

Medicare Original: Un plan de salud de pago por servicio que consta de dos partes: Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Después de pagar un deducible, Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Multa/Penalidad: Cantidad que se agrega a su prima mensual del plan Medicare para medicamentos (Parte D) o por la Parte B de Medicare, si no se inscribe cuando fue elegible por primera vez. Usted tendrá que pagar esta prima más alta durante el tiempo que esté inscrito en el plan. Hay algunas excepciones.

Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid): Agencia estatal o local que le brinda información y ayuda con las solicitudes para los programas Medicaid que ayudan a pagar las facturas médicas de las personas con ingresos y recursos limitados.

Parte A de Medicare (seguro de hospital): La Parte A cubre las estadías en el hospital como paciente internado, el cuidado en un centro de enfermería especializada, el cuidado de hospicio y algunos cuidados médicos en el hogar.

Parte B de Medicare (seguro médico): La Parte B cubre determinados servicios médicos; cuidados ambulatorios, suministros médicos y servicios preventivos.

Plan de Costos de Medicare: Un tipo de plan de salud de Medicare disponible en algunas zonas. En un Plan de Costos de Medicare, si recibe servicios fuera de la red del plan sin una derivación, sus servicios cubiertos por Medicare se pagarán en virtud de Medicare Original (su Plan de Costos paga los servicios de emergencia o los servicios de urgencia necesarios).

9

Definiciones

Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA): Estos planes combinan un plan Medicare Advantage con una deducible alto y una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usar el dinero de esta cuenta para pagar sus costos de atención médica, pero sólo se computan los gastos cubiertos por Medicare para su deducible. El importe depositado generalmente es inferior al importe de su deducible, por lo que, generalmente, deberá pagar de su bolsillo antes de que comience la cobertura.

Plan de medicamentos de Medicare: La Parte D agrega la cobertura de medicamentos a Medicare Original, como Planes de Costos de Medicare, algunos Planes Privados de Pago por Servicio de Medicare, y Planes de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare. Compañías de seguro y otras empresas privadas aprobadas por Medicare se encargan de ofrecer estos planes. Los planes Medicare Advantage también pueden ofrecer cobertura de medicamentos que sigan las mismas normas que los planes de medicamentos de Medicare.

Plan de salud de Medicare: Por lo general, un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para ofrecerle los beneficios de las Partes A y B a las personas con Medicare inscritas en el plan. Los planes de salud de Medicare incluyen todos los planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare y los Programas de Demostración/Piloto. Las organizaciones de los Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) no son un tipo especial de plan Medicare Advantage. Los planes de PACE pueden ofrecerse a través de entidades públicas o privadas y brindan beneficios de la Parte D y de otro tipo, además de los beneficios de la Parte A y B.

Plan Medicare Advantage (Parte C): Los planes Medicare Advantage son un tipo de plan de salud de Medicare ofrecidos por una compañía de seguros privada que tiene un contrato con Medicare para ofrecerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B, excluyendo los beneficios de hospicio. Los planes Medicare Advantage incluyen Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, Organizaciones de Proveedores Preferidos, Planes Privados de Pago por Servicio, Planes de Necesidades Especiales y Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare. Si está en un Plan Medicare Advantage, la mayoría de los servicios de Medicare está cubierta a través del plan y no se paga conforme a Medicare Original. La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrece cobertura de medicamentos.

9

Definiciones

Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) de Medicare: Un tipo de plan Medicare Advantage (Parte C) en el que generalmente puede ir a cualquier médico u hospital al que podría acudir si tuviera Medicare Original, si el médico u hospital aceptan tratarlo. El plan determina cuánto le pagará a los médicos y hospitales, y cuánto le corresponde pagar a usted. Un plan Privado de Pago por Servicio es muy diferente a Medicare Original y debe seguir las reglas del plan cuidadosamente cuando vaya a recibir servicios de cuidado médico. Cuando está en un Plan Privado de Pago por Servicio, debe pagar más o menos por los beneficios cubiertos por Medicare que en Medicare Original.

Póliza Medigap: Seguro Suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar los “faltas” en la cobertura de Medicare Original. Algunas pólizas Medigap vendidas antes del 1 de enero de 2006 cuentan con cobertura de medicamentos. Algunas pólizas vendidas antes o después del 1 de enero de 2006 no cuentan con cobertura de medicamentos.

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de salud por la cobertura de servicios médicos o de medicamentos.

Programa de Ahorros de Medicare: Programa de Medicaid que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar algunos o todos los costos de primas, deducibles y coseguros de Medicare.

Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE): Un tipo especial de plan de salud que brinda toda el cuidado y los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid, así como el cuidado y los servicios médicamente necesarios y adicionales sobre la base de sus necesidades, según lo determine un equipo interdisciplinario. Los PACE brindan servicios a adultos mayores frágiles que necesitan servicios en asilos de ancianos, pero que pueden vivir en la comunidad. Los PACE combinan servicios de cuidado médico, social y a largo plazo, y cobertura para medicamentos.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP): Programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito local con respecto a seguros médicos a personas con Medicare.

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP): Programa estatal que brinda ayuda para pagar la cobertura de medicamentos sobre la base de la necesidad financiera, la edad o la afección médica de una persona.

Aviso de Comunicaciones Accesibles

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ofrecen ayudas y servicios auxiliares gratuitos, incluida información en formatos accesibles como braille, letra grande, archivos de datos o de audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no se verá perjudicado por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que dispondrá de tiempo adicional para realizar cualquier acción si se produce un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

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

1. Llamar:

Para Medicare: 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048

2. Enviar un fax:

1-844-530-3676

3. Enviar una carta:

Centros de servicios de Medicare y Medicaid
Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)
7500 Security Boulevard
Parada de correo S1-13-25
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Customer Accessibility Resource Staff

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si la conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Es posible que nos comuniquemos 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 la oficina de Medicaid de su estado o local.

Aviso de no discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, niegan beneficios ni discriminan de ningún otro modo a ninguna persona por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, sexo o edad en la admisión, participación o recibir los servicios y beneficios 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 de cualquiera de las formas incluidas en este aviso si tiene alguna inquietud sobre cómo obtener información en un formato que pueda usar.

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

1. En línea:

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

2. Por teléfono:

Llame al 1-800-368-1019.
Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.

3. Por escrito:

Envíe información sobre su queja a:

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

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE LOS EE. UU.**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial

Multa por uso privado, \$300

CMS Producto No. 11109-S

Revisado: julio 2022



Para obtener esta publicación en inglés, llame al
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de
TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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