

## Cobertura de Medicare para Recetas Médicas

### “Información General acerca de los Beneficios Standards”



#### Una Guía de Preguntas y Respuestas Preparadas por el Programa CHOICES

\*\*\*\*\*  
El 1 de enero de 2006 comenzó un nuevo programa de Medicare que paga por medicamentos recetados para aquellos que tienen la Parte A o la Parte B de Medicare. Esta Guía le dará información acerca del nuevo programa y lo ayudará a decidir si desea inscribirse en el mismo.

**IMPORTANTE:** Si usted tiene Medicaid (Título 19), un Programa de Ahorros de Medicare (QMB, SLMB, o ALMB), o ConnPACE, por favor pídale a su consejero de CHOICES las Guías especiales de Preguntas y Respuestas que describen cómo trabajan estos programas con el nuevo programa de Medicare. Si usted desea saber cómo obtener Ayuda Adicional para pagar por la cobertura del plan de Medicare para recetas médicas, pida la Guía de Preguntas y Respuestas para “Ayuda Adicional”.

\*\*\*\*\*  
**1. ¿Qué es el plan de Medicare para recetas médicas?** El plan de Medicare para recetas médicas es un nuevo programa que paga por medicamentos recetados, insulina y suministros de insulina y medicinas “para dejar de fumar” para las personas que tienen Medicare. Entró en vigencia el 1 de enero de 2006. También se conoce como “Medicare Rx” y “la Parte D de Medicare.”

Medicare no administra el nuevo programa directamente. En su lugar, contrata a compañías privadas para que ofrezcan esta cobertura. En Connecticut, hay 17 compañías independientes que ofrecen Planes de Recetas Médicas (PDPs por sus siglas en inglés), y cuatro planes de “Medicare Advantage” (HMO o PPO) que ofrecen cobertura de Medicare para recetas médicas. (Los planes “Medicare Advantage” que cubren las recetas médicas son a veces llamados “MA-PDs”.) La mayoría de estas compañías, a su vez, ofrecen varios planes con diferentes niveles de cobertura y costos. Además, algunos planes de salud para retirados, pueden envolver (“wrap around”) el nuevo programa para ofrecer cobertura a sus miembros.

Usted necesita inscribirse en uno de estos planes para tener la cobertura de Medicare para recetas médicas. El plan que usted elija le dará una tarjeta de miembro que podrá presentar en las farmacias que participan en el plan. Algunos planes también ofrecen a los miembros la opción de comprar las medicinas por correo.

**2. ¿Necesito inscribirme en el plan de Medicare para recetas médicas o recibiré este beneficio automáticamente por tener Medicare?** La mayoría de las personas necesitan actuar e inscribirse en un plan para recibir la cobertura del plan de Medicare para recetas médicas. Pero si usted tiene ConnPACE, Medicaid (Título 19) o La Seguridad del Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés), o si el Estado paga la prima de su Parte B a través del Programa de Ahorros de Medicare (QMB, SLMB o ALMB), la inscripción es automática en un plan de Medicare para recetas médicas si usted no selecciona un plan por sí mismo.

Si usted tiene ambos, Medicare y Medicaid, Medicare ya lo inscribió en el plan de “Medicare RX”. Usted debe haber recibido una carta en el otoño del 2005 informándole el plan que fue escogido para usted. Su cobertura con este plan empezó el 1 de enero, 2006. Si a usted no le gusta el plan en el cual ha sido inscrito usted puede cambiar de plan una vez al mes. El cambio tomará vigencia el primer día del siguiente mes.

**3. ¿Qué medicinas cubre el plan de Medicare?** Cada plan aprobado por Medicare ofrece su propia selección de medicinas que cubre, a esto se le llama un “formulario”. Los formularios varían de un plan a otro. *Antes de decidirse por un plan debe analizar cuidadosamente su formulario para estar seguro que cubre todos los medicamentos que usted toma.*

Medicare cubrirá la mayor parte de las recetas médicas de los pacientes no hospitalizados (“outpatient”), insulina y suministros de insulina, y medicinas “para dejar de fumar”. Los planes aprobados por Medicare ofrecen una opción de al menos dos medicinas en cada una de las 146 categorías de medicinas. Cada plan aprobado por Medicare también incluye en su formulario todas las medicinas en las siguientes seis categorías de medicinas: anti-depresivos, anti-sicóticos, anti-convulsivos, anti-cáncer, inmuno-inhibidor y VIH/SIDA.

Algunas medicinas no están en el formulario de su plan. Éstas se refieren como “medicinas que no están en el formulario”. Su Médico puede iniciar un proceso de “excepción” especial para la cobertura de medicinas que no están en el formulario.

Otras medicinas están excluidas, esto es, Medicare no las cubrirá. Éstas incluye barbitúricos, benzodiazepinas, medicinas para bajar o subir de peso, medicinas que no necesitan receta y medicinas que están cubiertas por la Parte A o la Parte B de Medicare. *(NOTA: algunos planes cubren algunas de las medicinas excluidas como un beneficio avanzado por un costo adicional. También, Medicaid y ConnPACE cubrirán algunas de estas medicinas para sus miembros.)*

**4. ¿Cómo funcionan los “beneficios standards” del plan de Medicare para recetas médicas?** Usted puede pagar una prima mensual. La prima puede deducirse de su cheque del Seguro Social, o el plan puede debitar su cuenta de banco cada mes, o usted puede pagar el plan directamente.

Las primas PDP varían en Connecticut desde menos de \$8/mes hasta un valor alto de alrededor de \$65/mes; la mayoría están por debajo de \$40. La prima de las medicinas MA-PD varía desde \$0 hasta alrededor de \$30 al mes. Algunos planes tienen deducibles anuales y todos los planes tienen copagos o coseguros (la cantidad que usted es responsable de pagar por cada medicina). La mayoría de los planes tienen copagos “a niveles”, esto es, la cantidad del copago varía con el tipo de medicina. (Nivel 1 = medicinas genéricas; Nivel 2 = de marca preferida; Nivel 3 = de marca; Nivel 4 = medicinas de especialidades.) *NOTA: Las personas con ingresos y bienes limitados pueden calificar para la Ayuda Adicional para pagar por las primas, los deducibles, los copagos y los coseguros. Pídale a su consejero de CHOICES la Guía de Preguntas y Respuestas de la “Ayuda Adicional”.*

Planes diferentes pueden ofrecer beneficios diferentes, pero en general el beneficio standard funcionará de la siguiente manera:

- Puede haber un deducible anual. En 2006, el deducible no puede exceder **\$250** por año. Algunos planes no tienen ningún deducible y otros tienen un deducible reducido. Si su plan tiene un deducible usted necesitará pagar esta cantidad antes que su cobertura comience.
- Después de satisfacer el deducible, usted entra en el “Período Inicial de Beneficio”. Medicare paga el 75% de cada receta médica y usted paga el 25% de los próximos \$2,000 en costo de medicinas. Lo más que usted pagará durante el Período Inicial de Beneficio es **\$500** (25% de \$2,000).
- El próximo período es un intervalo en cobertura a veces llamado el “donut hole”. Si el plan de su elección tiene un intervalo en cobertura, usted pagará el 100% de todas las recetas médicas hasta que usted haya gastado los próximos **\$2,850** de su bolsillo. (Algunos planes pagan por las medicinas durante el intervalo en cobertura.)
- Una vez que usted ha gastado un total de **\$3,600 (\$250 + \$500 + \$2,850)** en costos permitidos y “verdaderos de su bolsillo”, (“TrOOP”) usted será elegible para la “Cobertura de Catástrofe”. Por el resto del año, Medicare pagará el 95% del costo de sus recetas médicas y usted pagará solamente el 5% de cada receta médica, o un copago de \$2 o \$5, lo que sea mayor.

**¡IMPORTANTE!** *Diferentes planes ofrecen variaciones de este beneficio standard. Por ejemplo, cerca de la mitad de los planes tienen un “cero deducible”. También, un pequeño número de planes ofrecen alguna cobertura durante el “donut hole”.*

**5. ¿Qué son los costos permitidos de su bolsillo?** Como se describe anteriormente, una vez que usted ha gastado \$3,600 en costos permitidos de su bolsillo, usted ha cumplido con su requisito “TrOOP” y calificará para la Cobertura de Catástrofe. Por el resto del año, Medicare pagará el 95% del costo de sus recetas médicas. **Es importante saber que solamente ciertos pagos cuentan para el requisito “TrOOP” de \$3,600.**

Los pagos que usted hace (o pagos hechos por su familia o por un grupo de caridad) por medicinas que están en el formulario de su plan cuentan para cumplir con los \$3,600. (Para los miembros de ConnPACE, los pagos hechos por ConnPACE, además de los pagos hechos por el miembro de ConnPACE, cuentan también para cumplir con los \$3,600.)

Los pagos de la prima, los pagos hechos por Medicare u otro seguro, los pagos hechos por medicinas que no están en el formulario de su plan y los pagos por medicinas compradas en Canadá, NO cuentan para el requisito “TrOOP” de \$3,600.

**6. ¿Puedo recibir ayuda para pagar por el plan de Medicare para recetas médicas?** Si sus ingresos contables están por debajo de \$14,355 (soltero) o \$19,245 (pareja), y sus bienes contables (sin incluir su casa, su carro o ciertos tipos de ahorros) están por debajo de \$10,000 (soltero) o \$20,000 (pareja), usted puede calificar para la Ayuda Adicional para pagar por el plan de Medicare para recetas médicas – hasta \$2,100 en Ayuda Adicional. Esta Ayuda Adicional tomará el lugar de la prima reducida, los deducibles y los copagos.

Durante el verano del 2005, algunas personas recibieron por correo una aplicación para la Ayuda Adicional de la Administración del Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés). ***Si usted no recibió una aplicación pero cree que puede calificar para la Ayuda Adicional, llame al SSA al 1-800-772-1213.*** Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Usted también puede visitar el sitio web [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llamar a CHOICES (1-800-994-9422) para solicitar ayuda.

**¡Importante!** Usted no recibió una aplicación para la Ayuda Adicional si usted estaba en Medicaid, SSI, o en un Programa de Ahorros de Medicare. Esto es porque usted automáticamente califica para la Ayuda Adicional y no tenía necesidad de aplicar. Medicare lo ha inscrito en la Ayuda Adicional. Usted debe haber recibido una carta explicando los beneficios que usted recibirá. Para más información, por favor contacte a CHOICES al 1-800-994-9422.

**7. ¿Qué ocurre si el costo del plan de Medicare para recetas médicas cuesta más de lo que yo pago ahora por las recetas médicas?** Si usted toma solamente algunos medicamentos, o si tiene otro seguro para recetas médicas, su costo actual puede ser menor de lo que sería bajo los beneficios

standards de Medicare para recetas médicas. Aún así, debe considerar el plan de Medicare para recetas médicas porque:

- Su seguro actual que cubre las recetas médicas puede cambiar o no ofrecerse más, una vez que el plan de Medicare para recetas médicas comience.
- Usted puede necesitar medicamentos adicionales, de precios más elevados en el futuro.
- Usted puede pagar una prima más alta si no se inscribe cuando es elegible.
- Usted puede también tener un período de espera para la cobertura si no se inscribe cuando es elegible.

**8. ¿Cuándo pagaré una prima más alta?** Si usted no tiene seguro para recetas médicas, o si su seguro no es “acreditable” (esto es, si su cobertura promedio, no es tan buena como la que ofrece el plan de Medicare), usted pagará una prima más alta si se inscribe después del período inicial de inscripción. En este caso su prima aumentará un 1% por cada mes que pudo haberse inscrito en el programa de Medicare, pero no lo hizo. La penalidad de 1% está basada en la prima mensual de promedio nacional y es una penalidad de por vida. Por ejemplo, si la prima promedio nacional es \$30 al mes, y usted demora 8 meses en inscribirse en el plan, su penalidad será \$2.40 cada mes ( $.01 \times \$30 \times 8$  meses). Esta cantidad será añadida permanentemente a la prima del plan de su elección.

Si usted rehúsa el plan de Medicare para recetas médicas porque tiene un seguro con “cobertura acreditable” usted no tendrá que pagar una prima más alta si no se inscribe al momento. **Sin embargo, si pierde esta cobertura acreditable usted debe elegir e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas en los próximos 63 días para evitar una prima más alta y una posible demora en el período de cobertura.**

Durante el otoño del 2005, todos los seguros, incluyendo los planes de salud de empleados retirados patrocinados por los empleadores o las uniones, deben haber enviado cartas a sus miembros indicando si su cobertura es acreditable. **Nota:** La mayoría de las pólizas de “Medigap” NO son consideradas acreditables. Las pólizas de VA, TRICARE, las de Beneficios de Salud de Empleados Federales (FEHB), y las de retirados del Estado de Connecticut son consideradas acreditables.

**9. ¿Cuándo puedo inscribirme en un plan de Medicare para recetas médicas?** Usted puede inscribirse durante el período inicial de inscripción del 15 noviembre, 2005 al 15 de mayo, 2006. Si se inscribió antes del 31 de diciembre, 2005, su plan entró en vigencia el 1 de enero, 2006. Si se inscribe después del 1 de enero, 2006, su plan entra en vigencia el primer día del próximo mes. Por ejemplo, si usted aplica en enero, 2006, el plan entra en vigencia el 1 de febrero, 2006.

**10. ¿Puedo cambiar de plan?** Sí, bajo estas circunstancias:

- Si se inscribió en un PDP antes del 31 de diciembre entonces usted puede cambiar una vez entre el 1 de enero y el 15 de mayo, 2006. Por el resto del año 2006, y en años futuros, usted puede cambiar solamente durante el período abierto de inscripción anual (15 de noviembre – 31 de diciembre de cada año).
- Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage (HMO o PPO) usted puede cambiar una vez entre el 1 de enero – 1 de junio, 2006. En el futuro usted puede cambiar una vez entre el 1 de enero – 31 de marzo de cada año.

NOTA: Las personas que tienen Medicaid, un Programa de Ahorros de Medicare (QMB, SLMB o ALMB), o Ayuda Adicional puede ser que puedan cambiar más frecuentemente. Llame a CHOICES para más información.

**11. ¿Cómo escojo un plan de Medicare para recetas médicas?** Usted puede estar recibiendo información de muchas fuentes, incluyendo Medicare y varios planes que ofrecen cobertura en su área. Usted necesita estudiar esta información y como mínimo hacer las siguientes preguntas:

- ¿Vive usted en el área del servicio del plan?
- ¿Cuánto es la prima mensual?
- ¿El plan ofrece los medicamentos que usted toma actualmente en la lista de selección de medicamentos?
- ¿Hay cantidades de copagos diferentes para diferentes medicinas?
- ¿Aceptan este plan en la droguería o farmacia por correo que usted usa?

Si usted vive parte del año en otro estado, usted puede considerar uno de los planes nacionales con una red más amplia de proveedores recomendados. Por favor, refiérase a la Guía de Inscripción de CHOICES para más información para seleccionar un plan, y para información detallada acerca de los planes.

**12. ¿Qué ocurre si tengo otro seguro para recetas médicas?**

- Si tiene una Tarjeta de Descuento para Recetas Médicas usted puede usarla hasta el momento en que se inscriba en un plan. Ésta expirará el día antes que comience el plan de Medicare para recetas médicas, o el 15 de mayo, 2006, lo que ocurra primero. Usted no necesita hacer nada para cancelarla.
- Si usted tiene el plan de seguro suplementario Medigap, o si usted pertenece al Plan “Medicare Advantage” (un HMO o PPO de Medicare), usted debe haber recibido un Aviso de Cobertura

Acreditable del plan informándole como se afecta su cobertura con el nuevo programa de Medicare para recetas médicas que entró en vigencia el 1 de enero, 2006.

- Si usted tiene VA o TRICARE (seguro militar), o si usted tiene un plan de cobertura de un trabajo o una unión, usted también debe haber recibido un Aviso de Cobertura Acreditable. Su plan debe haberle explicado si es acreditable y cómo coordina estos beneficios con los nuevos beneficios de Medicare para recetas médicas.
- Si usted tiene Medicaid, SSI o un Programa de Ahorros de Medicare (QMB, SLMB o ALMB), Medicare se convertirá en el pagador principal de sus recetas médicas. Usted debe haber recibido información de Medicare que le informó cómo los beneficios del plan de Medicare para recetas médicas funcionan para usted. Usted será inscrito automáticamente para la Ayuda Adicional. También, si usted no selecciona un plan de Medicare para recetas médicas, se seleccionará uno para usted. Si usted está en Medicaid, Medicare ya lo inscribió en un plan. Usted debe haber recibido una carta informándole de la selección. Llame a CHOICES para más información.
- Si usted tiene ConnPACE, Medicare se convertirá en la primera opción de pago para sus recetas médicas. *Usted conservará ConnPACE, pero se requerirá que usted aplique al programa de Medicare para recetas médicas de forma que ConnPACE coordine sus beneficios con Medicare.* Si usted no selecciona un plan por sí mismo, ConnPACE le escogerá uno a usted. Si sus ingresos están por debajo de \$14,355 (soltero) o \$19,245 (pareja), también se requerirá que aplique a la Ayuda Adicional. Usted debe haber recibido una carta de ConnPACE durante el otoño del 2005 informándole sobre lo que debe esperar después del 1 de enero, 2006. Usted continuará recibiendo información directamente de ConnPACE en el futuro. También puede llamar a CHOICES.

### 13. ¿Qué ocurre después?

- Durante el otoño del 2005 usted debe haber recibido un aviso de la empresa de su seguro actual informándole si su cobertura actual es considerada acreditable. (Llame al Administrador de los Beneficios si no recibió este aviso.) *¡Asegúrese de GUARDAR este aviso en caso que no se inscriba antes de mayo 15, 2006 y después decida que desea inscribirse más tarde!*
- Durante el otoño del 2005 usted también debe haber recibido el manual “Medicare y Usted 2006” que le envió Medicare. Incluye los nombres de los planes que se ofrecen en su área.
- Usted puede comparar los diferentes planes por internet y así ver cuáles medicinas cubre cada plan si va al sitio web de Medicare y selecciona la herramienta de “Búsqueda de Planes”.

- Usted puede estar recibiendo información y material de información de varias compañías que ofrecen planes en su área. Estudie los materiales cuidadosamente, haga muchas preguntas y contacte a un representante de CHOICES (1-800-994-9422) si necesita ayuda para encontrar un plan que se ajuste a sus necesidades.
- Del 15 de noviembre, 2005 al 15 de mayo, 2006 usted podrá seleccionar un plan de Medicare para recetas médicas. Si se inscribió en noviembre o diciembre, su nueva cobertura entró en vigencia el 1 de enero, 2006. Si usted se inscribió después del 1 de enero, 2006 su cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. Usted puede inscribirse en un plan por internet usando la misma herramienta de "Búsqueda de Planes" que se describió anteriormente.

**14. ¿Dónde puedo obtener más información?** Llame a **CHOICES al 1-800-994-9422** y hable con un consejero de la Agencia para Ancianos del Área de su área del estado. Los consejeros de CHOICES están entrenados y certificados para asistirlo con sus preguntas y dudas sobre Medicare. También pueden ayudarlo a comparar los planes, a inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, y a obtener Ayuda Adicional para sus primas, deducibles y copagos.

También puede obtener más información de estas fuentes por internet:

- **Departamento de Servicios Sociales, Estado de CT:** [www.ct.gov/Medicarex](http://www.ct.gov/Medicarex)
- **Medicare:** [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- **Seguro Social:** [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)
- **Centro de Apoyo a Medicare:** [www.medicareadvocacy.org](http://www.medicareadvocacy.org)
- **Departamento de Servicios Sociales, División de Servicios al Anciano:** [www.ctelderlyservices.state.ct.us](http://www.ctelderlyservices.state.ct.us)

*CHOICES es un programa del Departamento de Servicios Sociales del Estado de Connecticut, de la División de Servicios para Ancianos, y actúa como el Programa de Asistencia de Seguros Médicos del Estado de Connecticut (SHIP), asignado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. CHOICES está administrado en conjunción con las Agencias para Ancianos del Área y el Centro de Apoyo a Medicare, Inc.*



Publicación DSS 2005 - 3, REV enero 18, 2006

Esta publicación no es un documento legal. Las estipulaciones oficiales del programa de Medicare están contenidas en las leyes, reglamentaciones y fallos correspondientes.

Se ofrece esta información en otros formatos. Llame al 1-800-994-9422. Los usuarios de TDD/TTY deben llamar al 1-800-842-4524.