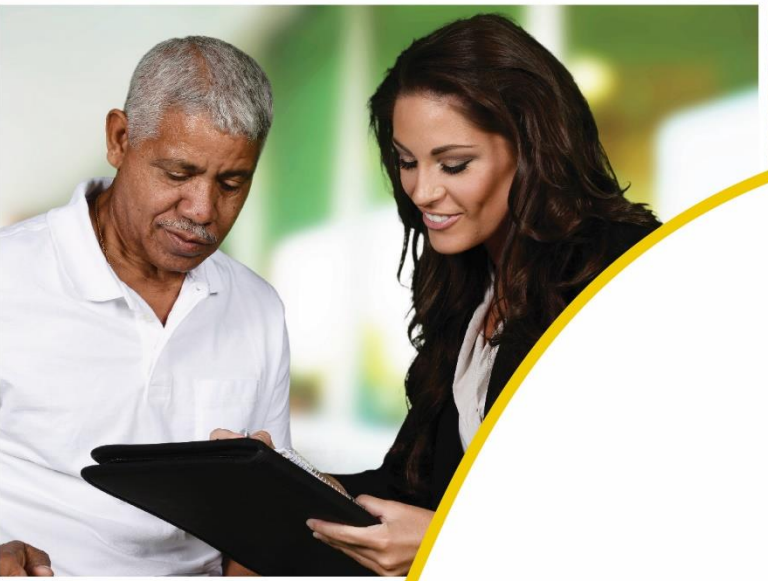


CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

CMS
NTP
PROGRAMA NACIONAL DE CAPACITACIÓN
Módulo 9

Cobertura Medicare para medicamentos recetados

Índice

Lección 1: Características básicas..... 4-12

Lección 2: Costos y beneficios de Medicare Parte D..... 13-25

Lección 3: Cobertura Medicare Parte D para medicamentos recetados 26-38

Lección 4: Elegibilidad e inscripción en la Parte D..... 39-50

Lección 5: Ayuda adicional con los costos de medicamentos de la Parte D..... 51-62

Lección 6: Comparación y elección de planes..... 63-70

Lección 7: Determinaciones y apelaciones de cobertura..... 71-74

Apéndice: Apelaciones de la Parte D y notas al pie del diagrama..... 75

Puntos clave para recordar..... 76

Guía de recursos de cobertura Medicare para medicamentos recetados..... 77-78

Siglas..... 79-80

Objetivos de la sesión

Esta sesión debe ayudarlo a:

- Diferenciar la cobertura de medicamentos de las partes A, B y D de Medicare
- Resumir los requisitos de elegibilidad e inscripción de la Parte D
- Comparar y elegir planes de medicamentos
- Describir la Ayuda adicional con los costos de los planes para medicamentos
- Explicar el proceso de determinaciones y apelaciones

Lección 1: Características básicas

- Las 4 partes de Medicare
- Cobertura para medicamentos recetados de:
  - Medicare Parte A (Seguro de Hospital)
  - Medicare Parte B (Seguro Médico)

Las 4 partes de Medicare

A lo largo de esta capacitación, estos íconos se utilizan para identificar la parte de Medicare que se está analizando.

Medicare Original

Parte A
Seguro de Hospital

Parte B
Seguro Médico

Medicare Advantage Parte C

Parte A + Parte B +

Parte D
(En general)

Cobertura de Medicare para medicamentos recetados

Parte D
Cobertura de Medicare para medicamentos recetados

Cobertura Medicare para medicamentos recetados de las partes A, B o D

- La cobertura de medicamentos recetados de las partes A, B o D de Medicare Original depende de lo siguiente:
  - Necesidad médica
  - Marco de atención médica
  - Indicación médica (la razón por la que necesita la cobertura, por ejemplo, cáncer)
  - Cualquier requisito especial de cobertura de medicamentos
    - Por ejemplo, medicamentos inmunosupresores después de un trasplante

Cobertura de la Parte A para medicamentos recetados

- La Parte A suele pagar lo siguiente:
  - Todos los medicamentos recibidos durante el período de internación cubierto como parte de un tratamiento en el hospital o en el centro de enfermería especializada
  - Los medicamentos utilizados en centros de cuidados paliativos únicamente para el control de síntomas y el alivio del dolor

Cobertura de la Parte B para medicamentos recetados

- La Parte B cubre medicamentos limitados para pacientes externos
  - La mayoría de los medicamentos inyectables y para infusión aplicados como parte de la atención médica
  - Medicamentos y productos biológicos
    - Utilizados para el tratamiento de enfermedad renal en etapa terminal
  - Medicamentos utilizados en el hogar con algunos tipos de equipos médicos duraderos cubiertos por la Parte B
    - Por ejemplo, nebulizadores y bombas de infusión
  - Algunos medicamentos orales con requisitos de cobertura especial, por ejemplo:
    - Ciertos medicamentos orales antieméticos y contra el cáncer
    - Medicamentos inmunosupresores en ciertas circunstancias

Cobertura de vacunas de la Parte B

- La Parte B cubre ciertas vacunas como parte de los servicios preventivos cubiertos de Medicare
  - Vacuna contra la gripe/influenza
  - Vacuna contra el neumococo (para prevenir la neumonía)
  - Vacuna contra la hepatitis B
- La Parte B puede cubrir ciertas vacunas después de exponerse a una enfermedad o tras una lesión
  - Vacuna contra el tétanos

Medicamentos autoadministrados en entornos de paciente ambulatorio de hospital

- La Parte B no cubre medicamentos autoadministrados en un entorno de paciente ambulatorio de hospital
  - A menos que se necesiten para brindar servicios hospitalarios
- Si está inscrito en la Parte D, es posible que haya medicamentos cubiertos
  - Si no lo internan en el hospital
  - Es posible que deba pagar y solicitar un reembolso

Compruebe su conocimiento: Pregunta 1

¿Qué parte de Medicare paga medicamentos utilizados en centros de cuidados paliativos para el control de síntomas y el alivio del dolor?

a. Parte A
b. Parte B
c. Parte D
d. Ninguna de las anteriores

Compruebe su conocimiento: Pregunta 2

Medicare Parte D cubre el costo de la vacuna contra la gripe/influenza, un servicio preventivo de inmunización.

a. Verdadero
b. Falso

Lección 2: Costos y beneficios de Medicare Parte D

- Cobertura Medicare para medicamentos recetados
- Beneficios y costos del plan de medicamentos de Medicare

Cobertura Medicare Parte D para medicamentos recetados

- Plan Medicare para medicamentos
  - Aprobado por Medicare
  - Lo administran compañías privadas
  - Disponible para cualquier persona con Medicare
- En la mayoría de los casos, debe unirse al plan para tener cobertura
- Hay 2 formas principales de obtener su cobertura:
  - Planes Medicare para medicamentos recetados
  - La mayoría de los planes de salud Medicare ofrece cobertura de medicamentos recetados.

Planes de cobertura Medicare Parte D para medicamentos recetados

- Pueden ser flexibles en el diseño de los beneficios
- Deben ofrecer al menos un nivel estándar de cobertura
- Varían en los costos y los medicamentos cubiertos
  - Hay diferentes categorías o niveles de copago/coseguro
  - Cobertura ampliada (“adicional”) para medicamentos que normalmente no están cubiertos por la Parte D
- Los beneficios y los costos pueden cambiar cada año

Costos de los planes Medicare para medicamentos

- Los costos varían según el plan
- En 2018 la mayoría de la gente pagará
  - Una prima mensual
  - Un deducible anual (si corresponde)
  - Copagos o coseguro
  - 35% de los medicamentos de marca cubiertos en la brecha de cobertura
  - 44% de los medicamentos genéricos cubiertos en la brecha de cobertura
  - Muy poco después de haber gastado $5,000 de su bolsillo

Estructura estándar en 2018

La Srta. Smith se une a un plan para medicamentos recetados Su cobertura comienza el 1 de enero. No tiene Ayuda adicional y usa su membresía en el plan de medicamentos de Medicare cuando compra medicamentos recetados. Paga una prima mensual durante el año.

1. Deducible anual	2. Copago o coseguro (lo que paga en la farmacia)	3. Falta de cobertura	4. Cobertura de catástrofe
La Srta. Smith paga los primeros $405 de sus costos de medicamentos antes de que el plan empiece a pagar su parte.	La Srta. Smith paga un copago y su plan paga su parte por cada medicamento cubierto hasta que el monto combinado (más el deducible) alcance $3,750.	Una vez que la Srta. Smith y su plan ya han gastado $3,750 por los medicamentos cubiertos, ella se encuentra en una falta o brecha de cobertura. En 2018, ella obtiene un descuento del 50 % por parte del laboratorio sobre los medicamentos recetados de marca cubiertos que cuenta como gasto de bolsillo y le ayuda a salir de la brecha de cobertura. Para 2018, mientras se encuentra en la brecha de cobertura, obtiene una cobertura adicional del 15 % por parte de su plan para medicamentos de marca cubiertos y 56 % de cobertura para medicamentos genéricos cubiertos.	Una vez que la Srta. Smith ha gastado $5,000 de su bolsillo para el año, termina su brecha de cobertura. Ahora ella solo paga un pequeño coseguro o copago por cada medicamento cubierto hasta el final del año.

Mejor cobertura en la brecha de cobertura

Año	Lo que paga por medicamentos de marca en la brecha	Lo que paga por medicamentos genéricos en la brecha
2018	35%	44%
2019	30%	37%
2020	25%	25%

Costos reales de su bolsillo (TrOOP)

- Gastos que cuentan para su límite de gastos de bolsillo ($5,000 en 2018)
- Después del límite usted obtiene cobertura de catástrofe
  - Para medicamentos cubiertos, paga solo un pequeño copago o coseguro
- La explicación de beneficios (EOB) muestra los costos TrOOP actualizados
- Los TrOOP se transfieren si usted cambia de plan a mitad de año

¿Qué pagos cuentan para los TrOOP?

- **Pagos realizados por:**
  - Usted (que incluyen pagos de su Cuenta de Ahorros Médicos [MSA], su Cuenta de Ahorros de Salud [HAS] o su Cuenta de Gastos Flexibles [FSA] [si corresponde])
  - Familiares o amigos
  - Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica Calificada (SPAP)
  - Ayuda adicional de Medicare (subsidio por bajos ingresos)
  - Servicio de Salud Indígena (IHS)
  - La mayoría de las organizaciones benéficas (a menos que estén fundadas, administradas o controladas por el sindicato o el empleador actual o anterior de la persona o por un Programa de Asistencia para Pacientes de un laboratorio que opera fuera de la Parte D)
  - Descuentos de laboratorio en medicamentos genéricos o de marca dentro del Programa de brecha de cobertura de Medicare
  - Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

¿Qué pagos no cuentan para los TrOOP?

- El monto pagado por un plan de medicamentos de Medicare
- La prima mensual del plan de medicamentos
- Medicamentos adquiridos fuera de EE. UU. y sus territorios
- Medicamentos no cubiertos por el plan
- Medicamentos excluidos de la definición de medicamento de la Parte D, incluso en casos en los que el plan elija cubrirlos como beneficio complementario (por ejemplo, medicamentos para el crecimiento del cabello)
- Pagos realizados o reembolsados por los siguientes conceptos:
  - Cobertura de un plan de salud grupal o para jubilados
  - Programas financiados por el gobierno
  - Otros grupos de terceros
  - Programas de asistencia para pacientes que operan fuera de los beneficios de la Parte D
  - Otros tipos de seguro
- Medicamentos de venta libre o la mayoría de las vitaminas (incluso si son necesarios dentro del plan como parte de una terapia de pasos)

Prima mensual y Cantidad de ajuste mensual relacionado al ingreso (IRMAA) de la Parte D

- Con base en los ingresos por encima de cierto límite
  - Menos del 5 % paga una prima más alta
  - Utiliza los mismos límites usados para computar el IRMAA para la prima de la Parte B
  - Ingresos informados hace 2 años en su declaración de impuestos sobre el ingreso ante el IRS
- De pago obligatorio si tiene cobertura de la Parte D
  - No pagarlo provocará la desafiliación

Cantidad de ajuste mensual relacionado al ingreso (IRMAA)

Su prima de la Parte D para el 2018, basada en su declaración sobre impuestos del 2016:

Declaración de impuestos individual	Declaración de impuestos conjunta	Declaración de impuestos casado pero presentada por separado	Usted paga la cantidad mensual ajustada a los ingresos más la prima de su plan (YPP en inglés)
$85,000 o menos	$170,000 o menos	$85,000 o menos	$0.00 + YPP
Más de $85,000 y menos o igual a $107,000	Más de $170,000 y menos o igual a $214,000	No se aplica	$13.00 + YPP
Más de $107,000 y menos o igual a $133,500	Más de $214,000 y menos o igual a $267,000	No se aplica	$33.60 + YPP
Más de $133,500 y menos o igual a $160,000	Más de $267,000 y menos o igual a $320,000	No se aplica	$54.20 + YPP
Más de $160,000	Más de $320,000	Más de $85,000	$74.80 + YPP

***IRMAA se ajusta cada año porque se calcula a partir de la prima para beneficiarios anual.**

Compruebe su conocimiento: Pregunta 3

¿Cuáles de estos pagos no cuentan para los costos reales de su bolsillo (TrOOP)?

a. La prima mensual de su plan de medicamentos

b. Los medicamentos de venta libre y la mayoría de las vitaminas

c. El monto que usted paga por los medicamentos cubiertos por su plan

d. El monto pagado por su plan de medicamentos de Medicare

Compruebe su conocimiento: Pregunta 4

Un pequeño grupo de personas pagará una prima mensual más elevada por el plan de medicamentos en función de sus ingresos (según lo informado en su declaración de impuestos ante el Servicio de Rentas Internas de hace 2 años).

a. Verdadero

b. Falso

Lección 3: Cobertura Medicare de la Parte D para medicamentos

- Medicamentos cubiertos y no cubiertos
- Acceso a medicamentos cubiertos
- Administración de terapia de medicamentos

Medicamentos cubiertos por la Parte D

- Medicamentos recetados de marca y genéricos
  - Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
  - Usados y vendidos en Estados Unidos
  - Usados para indicaciones médicamente aceptadas
- Incluye medicamentos, productos biológicos e insulina
  - Y suministros asociados con la inyección de insulina
- Los planes deben cubrir un rango de medicamentos de cada categoría
- La cobertura y las reglas varían de un plan a otro

Cobertura requerida

- Todos los medicamentos en las 6 categorías protegidas
  - Medicamentos para tratar el cáncer
  - Tratamientos para el VIH/SIDA
  - Antidepresivos
  - Medicamentos antipsicóticos
  - Tratamientos anticonvulsivos
  - Inmunosupresores
- Todas las vacunas comercialmente disponibles
  - Excepto aquellas cubiertas bajo la Parte B (por ejemplo, la vacuna contra la gripe)
- La mayoría de los medicamentos compuestos

Medicamentos excluidos de la Parte D por ley

- Medicamentos para la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usen para tratar una disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos para fines cosméticos o de estilo de vida
- Medicamentos para el alivio sintomático de tos y resfrío
- Productos recetados vitamínicos y minerales
- Medicamentos no recetados

Formulario

- Lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan
- Podría tener niveles que cuestan diferentes importes

Tier	You Pay	Prescription Drugs Covered
1	Lowest copayment	Most generics
2	Medium copayment	Preferred, brand name
3	High copayment	Non-preferred, brand name
4 or Specialty	Highest copayment or coinsurance	Unique, very high cost

Cambios en el Formulario

- Los planes solo pueden cambiar las categorías y clases al inicio de cada año del plan
  - Pueden realizar cambios de mantenimiento durante el año
    - Por ejemplo, reemplazar un medicamento de marca por uno genérico nuevo
- Los planes suelen notificar estos cambios con 60 días de anticipación
  - Usted puede continuar utilizando su medicamento cubierto hasta la finalización del año calendario
  - Puede solicitar una excepción si otros medicamentos no funcionan
- Los planes pueden quitar medicamentos retirados del mercado por la FDA o el laboratorio sin necesidad de notificación de 60 días

Cómo manejan los planes el acceso a los medicamentos

Autorización previa	▪ El médico debe ponerse en contacto con el plan para la aprobación previa y demostrar la necesidad médica antes de que el medicamento sea cubierto
Terapia de pasos	▪ Primero se debe intentar encontrar un medicamento similar más barato ▪ El médico puede pedir una excepción si: • El medicamento similar y más barato no funcionó, o • El medicamento de la terapia de pasos es necesario por razones médicas
Límites de cantidad	▪ El plan puede limitar las cantidades de medicamentos durante un período de tiempo por seguridad o costo ▪ El médico puede solicitar una excepción, si la cantidad adicional fuera necesaria por razones médicas

Cómo manejan los planes el uso inseguro de opioides

Revisión ampliada de uso de medicamentos	▪ Si usted usa grandes cantidades de opioides a través de varios médicos y farmacias, su plan puede comunicarse con su(s) médico(s) para enterarse si todos o alguno de los medicamentos opioides son adecuados y hay una necesidad médica para usarlos. ▪ Usted recibirá una carta con 30 días de anticipación si se le impone algún límite a algunos o todos los medicamentos opioides. ▪ Si considera que esto es un error, usted o su médico pueden comunicarse con el plan para solicitar una determinación de cobertura.
Correcciones de seguridad de opioides	▪ Si su(s) receta(s) reciente(s) exceden cierta cantidad elevada de opioides (“dosis equivalente de morfina”), se activa una alerta en la farmacia ▪ Algunas alertas pueden ser anuladas por el farmacéutico, mientras que otras pueden requerir una decisión del plan para su anulación ▪ Si su farmacia no puede surtir una receta, el farmacéutico le entregará una notificación en la que explica que usted puede ponerse en contacto con el plan para solicitar una determinación de cobertura

Requisito para los médicos que recetan

- En 2019 entrarán en vigencia nuevos requisitos para médicos que recetan medicamentos de la Parte D
- Los médicos que recetan deben:
  - Inscribirse en Medicare y estar aprobados, o
  - Tener una declaración jurada en archivo que indique que decidieron no participar, o
  - Ser farmacéuticos con autorización para recetar

Si su receta cambia

- Obtenga información actualizada del formulario por parte de su plan en:
  - Sitio web
  - Centro de servicios al cliente
- Entregue a su médico una copia del formulario del plan si no emite recetas electrónicas
- Si el medicamento nuevo no está en el formulario del plan:
  - Puede solicitar una exención al plan
  - Es posible que tenga que pagar el precio de lista si el plan sigue sin cubrirlo
  - Puede considerar la posibilidad de cambiar su plan de la Parte D por uno que sí lo cubra cuando esté permitido

Administración de terapia de medicamentos (MTM)

Un farmacéutico u otro proveedor de salud hace una revisión completa de todos sus medicamentos y comenta con usted lo siguiente:

- Cómo funcionan 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 que pueda tener

Condiciones de la Administración de terapia de medicamentos

Para calificar para los servicios de MTM, necesita cumplir todas estas condiciones:

- Tener más de una afección crónica de salud
- Tomar varios medicamentos diferentes
- Sus medicamentos deben tener un costo combinado de más de $3,967 al año

Compruebe su conocimiento: Pregunta 5

¿En qué año entrarán en vigencia los nuevos requisitos para las personas que recetan medicamentos de la Parte D?

a. 2018
b. 2018
c. 2019
d. 2020

Lección 4: Elegibilidad e inscripción en la Parte D

- Requisitos de elegibilidad
- Cuándo se puede inscribir o cambiar de plan
- Cobertura acreditable
- Multa de inscripción tardía

Requisitos de elegibilidad de la Parte D

- Debe tener Medicare Parte A o Parte B para unirse a un plan Medicare para medicamentos
- Debe tener Medicare Parte A y Parte B para unirse a un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos
- Debe tener Medicare Parte A y Parte B, o solo Parte B, para unirse a un plan de costos Medicare con cobertura de la Parte D
- Debe vivir en el área de servicio del plan
  - No puede estar en la cárcel
  - No puede estar en los Estados Unidos de forma ilegal
  - No puede vivir afuera de los Estados Unidos
- Debe unirse al plan para tener cobertura de medicamentos (en la mayoría de los casos)

Cobertura acreditable para medicamentos

- Cobertura actual o anterior para medicamentos recetados
  - Por ejemplo, planes de salud grupal de empleadores, planes para jubilados, Asuntos de Veteranos, TRICARE, Servicio de Salud Indígena y Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.
- Acreditable si el plan paga, en promedio, tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare
- Los planes informan anualmente si es acreditable
- Con cobertura acreditable, usted puede estar exento de pagar una multa de inscripción tardía

Período de inscripción inicial (IEP)

- Cuando sea elegible para obtener Medicare
  - IEP de 7 meses para la Parte D

Si se une	La cobertura comienza
Durante los 3 meses previos a cumplir los 65 años	Fecha en la que es elegible para Medicare
Durante el mes en que cumple 65 años	El primer día del mes siguiente
Durante los 3 meses posteriores a cumplir los 65 años	Primer día del mes posterior al mes en el que inició la solicitud

Cuándo se puede inscribir o cambiar de plan

- El Período de inscripción abierta de Medicare es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año y la cobertura comienza el 1 de enero
- Puede dejar su Plan Medicare Advantage y volver a Medicare Original del 1 de enero al 14 de febrero de cada año
  - Tiene hasta el 14 de febrero para unirse también a un plan Medicare para medicamentos recetados de la Parte D
- Si no tiene cobertura de Medicare Parte A, y se inscribe en la Parte B durante el Período de inscripción general (1 de enero al 31 de marzo), puede inscribirse para un Plan Medicare para Medicamentos Recetados del 1 de abril al 30 de junio cada año.

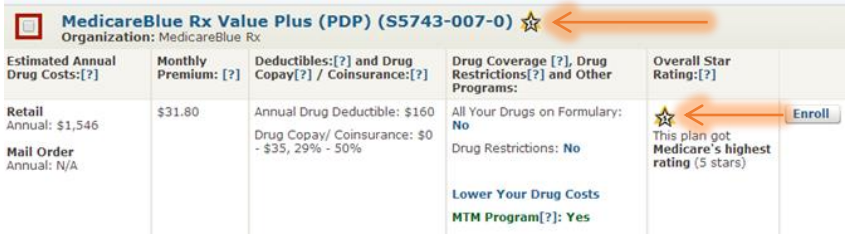
Período de inscripción especial (SEP)

- Los eventos de la vida que permiten un SEP incluyen:
  - Si se traslada permanentemente a un sitio distinto del área de servicio del plan
  - Si pierde otra cobertura de medicamentos recetados acreditable
  - Si no se le informó adecuadamente sobre que su otra cobertura no era acreditable, o que la cobertura se redujo, por lo que ya no es acreditable
  - Si ingresa a un centro de cuidado a largo plazo, vive allí o se retira de este
  - Tiene un SEP continuo si califica para Ayuda adicional
  - Usted pertenece a un programa estatal de ayuda para farmacias
  - Si se une o cambia a un plan de 5 estrellas
  - Otras circunstancias excepcionales

Período de inscripción especial (SEP) de 5 Estrellas

- Use la herramienta del Buscador de planes de Medicare en Medicare.gov para determinar la calidad y las calificaciones de desempeño
- Las calificaciones de estrellas se otorgan una vez al año en octubre para el año anterior

- Use el SEP de 5 estrellas para cambiar a otro plan de 5 estrellas una vez
  - 8 de diciembre al 30 de noviembre del año siguiente
  - La cobertura comienza el primer día del mes después de haberse inscrito
- Tenga precaución de no cambiar de un Plan Medicare Advantage (MA) con cobertura de medicamentos a un Plan MA sin cobertura de Parte D



Plan con bajo rendimiento

- Estado de calificación de estrellas con bajo rendimiento
  - Puede tener la opción de trasladarse por única vez a otro plan de medicamentos de Medicare con una calificación de 3, 4 o 5 estrellas si la calificación de su plan fuera menor a 3 estrellas en un período de 3 años
  - El ícono de bajo rendimiento (LPI) aparece en el Buscador de planes
  - Los planes pueden no querer desacreditar su estado de LPI mostrando una calificación separada más alta

Multa por inscripción tardía a la Parte D

- Prima más alta si espera a inscribirse
  - Excepciones si tiene
    - Cobertura acreditable
    - Ayuda adicional
- Pagará la multa mientras tenga cobertura
  - 1 % de la prima básica para beneficiarios ($35.02 en 2018)
    - Por cada mes que haya pasado como elegible, pero que no se haya inscrito
  - El monto cambia cada año

Ejemplo de multa de la Parte D: Ann

- No se unió cuando fue elegible por primera vez, antes del 31 de mayo de 2014
- No tiene cobertura de medicamentos de ninguna otra fuente
- Se unió al plan de medicamentos de Medicare durante el Período de Inscripción Abierta de 2016
  - Su cobertura comienza el 1 de enero de 2018
- Sin cobertura de medicamentos recetados acreditable desde junio de 2014 hasta diciembre de 2016
- La multa en 2018 es del 31 % (1 % por cada mes de 31 meses) de $35.02 (la prima a nivel nacional para beneficiarios en 2018), que es de $10.86. La multa mensual se redondea al $0.10 más cercano, de modo que se le cobrará $10.90 por mes además de la prima mensual de su plan en 2018

Este es el cálculo:

0.31 (30 % de multa) × $35.02 (prima nacional para beneficiarios en 2018) = $10.86

$11.05 (redondeado al $0.10 más cercano) = $10.90

$10.90 = la multa mensual por inscripción tardía de Ann para 2018

Compruebe su conocimiento: Pregunta 6

Los eventos de vida que permiten acceder a un período de inscripción especial (SEP) no incluyen lo siguiente:

a. Si se traslada permanentemente a un sitio distinto del área de servicio del plan

b. Si ingresa a un centro de cuidados paliativos

c. Si no se le informó adecuadamente sobre que su otra cobertura no era acreditable, o que la cobertura se redujo, por lo que ya no es acreditable

d. Si pierde otra cobertura de medicamentos recetados acreditable

Lección 5: Ayuda adicional con los costos de medicamentos de la Parte D

- ¿Qué es la Ayuda adicional?
- Cómo calificar
- Inscripción
- Continuidad de la elegibilidad

¿Qué es la Ayuda adicional?

- Un programa para ayudar a las personas a pagar los costos de medicamentos recetados de Medicare
  - También se llama “subsidio por bajos ingresos”
- Para personas con recursos o ingresos limitados
  - Ingresos y recursos más bajos
    - No paga primas ni deducibles y los copagos son bajo o no tiene
  - Ingresos y recursos levemente más elevados
    - Paga un deducible reducido y un poco más de su bolsillo
- No tiene brechas de cobertura ni multa por inscripción tardía si califica
- Período de Inscripción especial continuo

Ayuda adicional para 2018
Límites de ingresos y recursos

- Límites de ingresos
  - Menos de 150 % del nivel federal de pobreza
    - $18,210* por año para un individuo o $24,690* por año para un matrimonio
  - En función del tamaño familiar
- Límites de recursos
  - Hasta $14,100* por año para un individuo o $28,150* por año para un matrimonio
    - No incluye $1,500/persona para gastos funerarios o por fallecimiento
    - Cuentan los ahorros e inversiones
    - Bienes inmuebles (excepto su vivienda familiar)

*montos más altos para Alaska y Hawái

Cómo calificar para recibir Ayuda adicional

- Usted califica en forma automática para recibir Ayuda adicional si tiene
  - Cobertura completa de Medicaid
  - Seguridad de Ingreso Suplementario
  - Ayuda de Medicaid para pagar su prima de la Parte B (Programa de Ahorros Medicare)
- Todas las otras personas deben iniciar una solicitud
  - En línea en ssa.gov/medicare/prescriptionhelp/
  - Llame al Seguro Social (SSA) al 1-800-772-1213.
  - TTY: 1-800-325-0778
    - Pida la “Solicitud de ayuda para pagar los costos de medicamentos recetados de Medicare” (SSA-1020)
  - Póngase en contacto con su agencia de Medicaid estatal

Inscripción automática y facilitada

People With Medicare and…	Basis for Qualifying	Data Source	Enrollment
Full Medicaid benefits	Automatically qualify	State Medicaid agency	Automatic enrollment in Part D drug plan (unless already in a drug plan) ▪ Letter on YELLOW paper ▪ Coverage starts first month eligible for Medicare and Medicaid ▪ Continuous Special Enrollment Period (SEP)
Medicare Savings Program	Automatically qualify	State Medicaid agency	Facilitated enrollment in Part D drug plan ▪ Letter on GREEN paper ▪ Coverage starts 2 months after CMS receives notice of your eligibility ▪ Continuous SEP
Supplemental Security Income benefits	Automatically qualify	Social Security (SSA)	
Limited income and resources	Must apply and qualify	SSA (most) or state Medicaid agency	

Copagos de Ayuda adicional 2018

Ayuda Adicional Copagos	2018 Genéricos/De marca
Institucionalizado (Nivel 3)	$0
Recibiendo Servicios Comunitarios y en el hogar (solo con una exención) (Nivel 3)	$0
Hasta o al 100 % del nivel de pobreza federal (Nivel 2)	$1.25/$3.70
Ayuda Adicional Completa (Nivel 1)	$3.35/$8.35
Ayuda Adicional Parcial (Deducible/Costo-compartido) (Nivel 4)	$83.00/15 %

Programa de transición recientemente elegible (NET) de Medicare para ingresos limitados

- Diseñado para eliminar las brechas de cobertura para individuos de bajos ingresos que se trasladan a la cobertura de la Parte D
- Proporciona cobertura temporaria para medicamentos si usted posee Ayuda adicional y tiene un plan Medicare para medicamentos
- La cobertura puede ser inmediata, actual o retroactiva
- Programa NET de Medicare para ingresos limitados
  - Tiene un formulario abierto
  - No requiere autorización previa
  - Incluye ediciones de seguridad y abuso estándares para protegerlo de resurtidos muy frecuentes o duplicación de terapias
  - No tiene restricciones de farmacias de la red
- Seminarios web disponibles que brindan créditos para educación continua
  - Administrado por Humana

¿Cómo se obtiene acceso al Programa de Transición Recientemente Elegible (NET) para ingresos limitados de Medicare?

Inscripción automática por parte de CMS

- CMS lo inscribe automáticamente si usted tiene Medicare y recibe cobertura completa de Medicaid o beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Uso en un Punto de venta (POS)

- Usted puede utilizar el programa NET para ingresos limitados de Medicare en el mostrador de farmacia (POS)

Envío de un recibo

- Puede enviar recibos de farmacia (no un simple recibo de caja) para recetas ya pagas de su bolsillo durante los períodos elegibles

Notificaciones de reasignación

- Personas reasignadas notificadas por CMS a principios de noviembre (papel AZUL)
  - Tres versiones de notificación:
    - Personas cuyos planes están por abandonar el Programa de Medicare
      - CMS Producto n.° 11208 (Plan MA con cobertura para medicamentos recetados)*
      - CMS Producto n.° 11443 (Medicare Advantage)*
    - Personas con primas que van en aumento
      - CMS Producto n.° 11209*

* Disponible en Español

Cambios en la manera de calificar para recibir Ayuda adicional

Medicare reestablece la elegibilidad cada otoño para el año siguiente

- Si usted no sigue calificando en forma automática
  - Medicare le envía una notificación de "Pérdida tácita del estado de elegibilidad" en setiembre (papel GRIS)
    - Incluye el formulario del Seguro Social para volver a inscribirse
- Si su estado cambia y usted califica automáticamente otra vez
  - Medicare le envía la notificación de "Estado tácito de elegibilidad" (papel VIOLETA)
- Si usted califica automáticamente, pero su copago cambió
  - Medicare le envía la notificación "Cambio del copago para Ayuda adicional" a principios de octubre (papel NARANJA)

Proceso de redeterminación

- Personas que solicitan y califican para Ayuda adicional
  - Cuatro tipos de procesos de redeterminación
    - Inicial
    - Cíclico o recurrente
    - Evento que afecta el subsidio (SCE)
    - Otro tipo de evento (cambio que no es un SCE)

Compruebe su conocimiento: Pregunta 7

Usted califica en forma automática para recibir Ayuda adicional si tiene

a. Ayuda de Medicaid para pagar su prima de la Parte B (Programa de Ahorros Medicare)
b. Cobertura completa de Medicaid
c. Seguridad de Ingreso Suplementario
d. Todas las anteriores

Lección 6: Comparación y elección de planes

- Cuestiones a tener en cuenta
- Pasos para elegir un plan Medicare para medicamentos
- Qué esperar

Cuestiones a tener en cuenta antes de unirse a un plan

- Preguntas importantes para hacer
  - ¿Usted tiene otro seguro de salud actual?
  - ¿Es posible que tenga alguna cobertura de medicamentos recetados tan buena (acreditable) como la cobertura Medicare para medicamentos?
  - ¿Cómo trabaja su cobertura actual con Medicare?
  - ¿Unirse a un plan podría afectar su cobertura actual o la cobertura de un familiar?

Pasos para elegir un plan Medicare para medicamentos

1. Prepararse
2. Comparar planes en el Buscador de Planes de Medicare
3. Decidir e inscribirse

Paso 1: Prepararse

- Prepararse recopilando toda la información
  - Cobertura actual para medicamentos recetados
  - Medicamentos recetados, dosis y cantidades
  - Farmacias preferidas
  - Tarjeta Medicare
  - Código postal

Paso 2: Comparar planes en el Buscador de planes de Medicare

- Busque planes de salud y para medicamentos
- Personalice su búsqueda para encontrar planes según sus necesidades
- Compare los planes en cuanto a sus estrellas, beneficios, costos y más

Paso 3: Decidir y unirse

- Decida qué plan es el más conveniente para usted e inscríbase
  - Inscripción en línea
    - Medicare.gov/find-a-plan
    - Sitio web del plan
  - Inscríbase por teléfono
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
    - TTY: 1-877-486-2048
    - Llame al plan
  - Envíe una solicitud impresa al plan por correo o fax

Qué puede esperar un miembro nuevo

- Su plan le enviará:
  - Una carta de inscripción
  - Materiales de membresía, entre ellos, la tarjeta
  - Información de contacto del servicio al cliente
- Si su medicamento actual no está cubierto por el plan:
  - Puede obtener un suministro transitorio (en general, para 30 días)
  - Trabaje con el médico que le receta para encontrar un medicamento que esté cubierto
  - Solicite una exención si no existe un medicamento alternativo aceptable en la lista

Aviso anual de cambios (ANOC)

- Todos los planes Medicare para medicamentos deben enviar un ANOC a sus miembros para el 30 de setiembre
  - Pueden enviarlo con la Evidencia de cobertura (EOC)
- Incluirá información para el año entrante
  - Resumen de beneficios
  - Formulario
  - Cambios en la prima mensual o en el costo compartido
- Lea el ANOC con atención y compare su plan con otras opciones de plan

Lección 7: Determinaciones y apelaciones de cobertura

- Determinaciones de cobertura
- Solicitudes de exenciones
- Apelaciones

Solicitud de determinación de cobertura

- Decisión inicial por parte del plan
  - Qué beneficios tiene derecho a recibir
  - Cuánto debe pagar por un beneficio
  - Usted, el profesional que le receta o su representante designado pueden solicitarla
- Plazos para la solicitud de determinación de cobertura
  - Puede ser estándar (decisión dentro de las 72 horas)
  - Puede ser acelerada (decisión dentro de las 24 horas) si la vida o la salud del paciente corren grave peligro

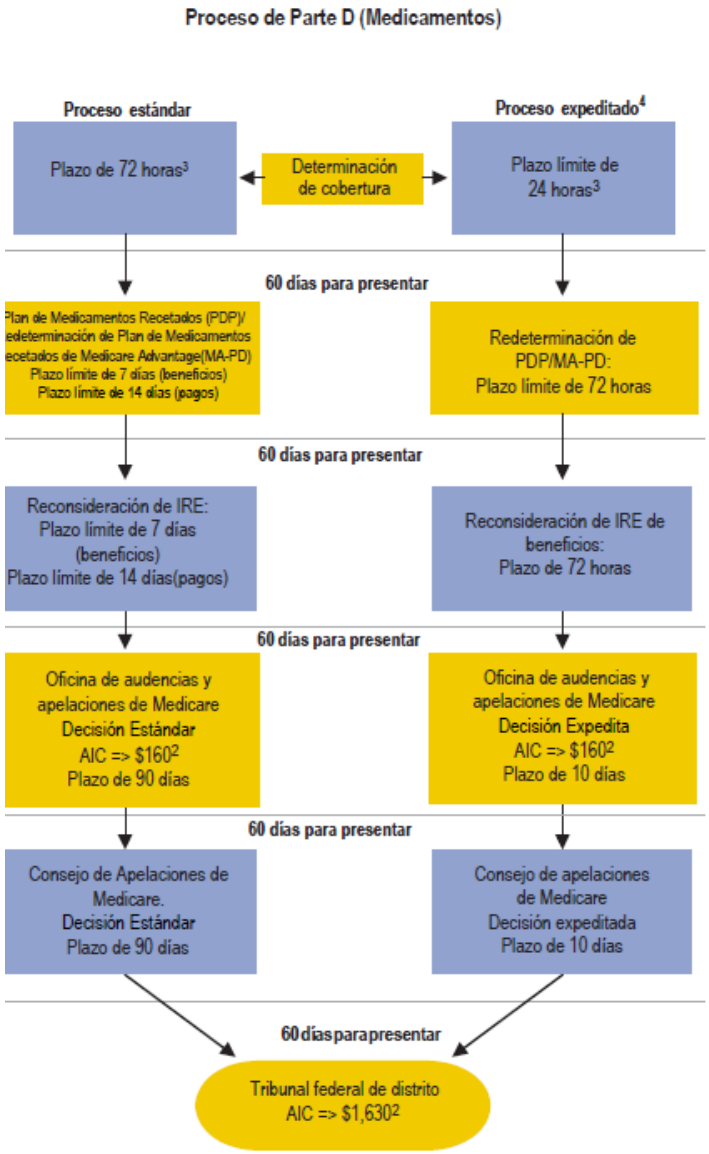
Solicitudes de exenciones

- Dos tipos de exenciones
  - Exenciones al formulario:
    - El medicamento no está en el formulario del plan, o
    - Requisitos de acceso (por ejemplo, terapia de pasos)
  - Exenciones de nivel
    - Por ejemplo, recibir un medicamento de nivel 4 al costo del nivel 3
- Se necesita una declaración de respaldo por parte del profesional que emite las recetas
- Usted, su representante designado o el profesional que le receta pueden realizar solicitudes
- Una exención puede tener validez para el resto del año

Cómo solicitar apelaciones

- Si rechazan su determinación o excepción de cobertura, puede apelar la decisión del plan
- En general, debe presentar solicitudes de apelación por escrito
  - Los planes deben aceptar solicitudes aceleradas en forma verbal (de palabra)
- Las personas que pueden presentar solicitud de apelación son
  - Usted
  - Su médico o su encargado de recetas autorizado
  - Su representante designado
- Existen 5 niveles de apelación

Apéndice: Apelaciones de la Parte D y notas al pie del diagrama



Apéndice: Apelaciones de la Parte D y notas al pie del diagrama (continuación)

- **1:** Los planes deben procesar 95 % de todas las reclamaciones correctas de proveedores fuera de la red dentro de los 30 días. El resto de las reclamaciones se deben procesar dentro de los 60 días;
- **2:** El requisito de AIC para todas las audiencias ante el ALJ y el Juzgado Federal de Distrito se ajusta anualmente según el componente de atención médica del índice de precios al consumidor. El cuadro refleja los montos AIC para el año actual 2018.
- **3:** Una solicitud de determinación de cobertura incluye una solicitud de exención a los niveles o una exención al formulario. Los plazos de adjudicación suelen comenzar cuando el pedido es recibido por el patrocinador del plan. No obstante, si la solicitud implica una solicitud de exención, el plazo de adjudicación comienza cuando el patrocinador del plan recibe la declaración de respaldo del médico.
- **4:** Las solicitudes de pago no pueden ser aceleradas.
- **AIC** = Monto en litigio
- **ALJ** = Juez de Derecho Administrativo
- **IRE** = Entidad de Revisión Independiente
- **MA-PD** = Medicamento recetado de Medicare Advantage
- **PDP** = Planes de medicamentos recetados
- Este cuadro refleja los montos AIC para el año actual 2018.

Puntos clave para recordar

- Medicare Parte D brinda cobertura Medicare para medicamentos recetados
- Usted debe realizar acciones para unirse a un plan
- Una demora en la inscripción puede generar una multa por inscripción tardía
- Tiene opciones sobre cómo obtener cobertura
- La Ayuda adicional está disponible para personas con bajos ingresos y recursos

Guía de recursos de cobertura Medicare para medicamentos recetados

Recursos

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY: 1-877-486-2048.
- Medicare.gov
- CMS.gov

Seguro Social

- Llame al 1-800-772-1213. TTY: 1-800-325-0778.
- socialsecurity.gov

Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud y Departamentos Estatales de Seguros

- shiptacenter.org/

Programa NET para ingresos limitados (Humana)

- Llame al 1-877-783-1307 o 711 (TRS)
- linetoutreach@humana.com

Productos

Manual de beneficios relativos a medicamentos recetados

- CMS.gov/Medicare/prescription-drug-coverage/prescriptiondrugcovcontra/partdmanuals.html

Guía para la afiliación y desafiliación al plan de medicamentos

- CMS.gov/Medicare/eligibility-and-enrollment/medicarepresdrugeligenrol/index.html

Primas de Medicare: Reglas para beneficiarios con ingresos más elevados

- SSA.gov/pubs/EN-05-10536.pdf

Guía de direcciones postales de CMS, Seguro Social y planes 2015/2016

- CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/LimitedIncomeandResources/Downloads/Consumer-Mailings.pdf

Programa de capacitación nacional: ayudas laborales para socios

- CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram

Guía de recursos de cobertura Medicare para medicamentos recetados (continuación)

Productos (continuación)

1. **"Su guía de cobertura Medicare para medicamentos recetados"** (CMS Producto n.° 11109)
2. **"Temas para pensar cuando compara coberturas Medicare para medicamentos recetados"** (CMS Producto n.° 11163)
3. **"4 maneras de ayudar a bajar sus costos de medicamentos recetados con Medicare"** (CMS Producto n.° 11417)
4. **"Cómo usan los planes Medicare para medicamentos recetados las farmacias, los formularios y las reglas de cobertura comunes"** (CMS Producto n.° 11136)
5. **"Cobertura Medicare para medicamentos de la Parte A, B y D"** (CMS Producto n.° 11315-P)
6. **"Manejo de quejas de Medicare Parte D"** (CMS Producto n.° 11259-P)
7. **"Cómo trabaja la cobertura Medicare para jubilados con la cobertura Medicare para medicamentos recetados"** (CMS Producto n.° 11403-P)
8. **"Programa NET para personas de ingresos limitados en el mostrador de la farmacia"** (CMS Producto n.° 11328-P)
9. **"Programa NET para personas de ingresos limitados con elegibilidad retroactiva para Medicaid y SSI"** (CMS Producto n.° 11401-P)
10. **"Cómo trabaja la cobertura para medicamentos de los planes Medicare con un plan Medicare Advantage o un Plan de Costos Medicare"** (CMS Producto n.° 11135)

Para acceder a estos productos:

- Vea y solicite copias individuales en Medicare.gov/publications.
- Solicite copias múltiples (solo asociados) en Productordering.cms.hhs.gov. *Debe registrar su organización*.

Siglas

AIC Monto en litigio

ALJ Juez de la Justicia Administrativa

ANOC Aviso anual de cambios

BPH Hiperplasia benigna de próstata

CHIP Programa de Seguro Médico para Niños

CMS Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

DME Equipo médico duradero

EOB Explicación de beneficios

EOC Evidencia de cobertura

ESRD Enfermedad renal en etapa final

FDA Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.

FPL Nivel de pobreza federal

IEP Período de inscripción inicial

IRE Entidad de Revisión Independiente

IRMAA Cantidad de ajuste mensual relacionado al ingreso

IRS Servicio de Impuestos Internos

LPI Ícono de bajo rendimiento

MA Medicare Advantage

Siglas (continuación)

MAC Contratista administrativo de Medicare

MA-PD Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados

MSP Programa de ahorros Medicare

MTM Administración de terapia de medicamentos

NET Transición recientemente elegible

NTP Programa de Capacitación Nacional

PDP Planes de medicamentos recetados

POS Punto de venta

RRB Junta de Retiro Ferroviario

SCE Evento que afecta el subsidio

SEP Período de inscripción especial continuo

SNF Centro de Enfermería Especializada

SSA Seguro Social

SSI Seguridad de Ingreso Suplementario

TrOOP Costos reales de su bolsillo

TTY Teletipo

Esta capacitación la proporciona el

Programa de Capacitación Nacional de CMS (NTP)

Para ver todos los materiales de capacitación disponibles de NTP,

o para suscribirse a nuestra lista por correo electrónico, visite

CMS.gov/outreach-and-education/training/CMSNationalTrainingProgram.

Manténgase conectado.

Contáctenos en training@cms.hhs.gov, o en

Síganos @CMSGov #CMSNTP