

Aviso Importante de [Inserte el Nombre de la Entidad] Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con [Inserte el Nombre de la Entidad] y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para recetas médicas.

Hay tres cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. [Inserte el Nombre de la Entidad] ha determinado que la cobertura para recetas médicas espera pagar tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare. Por lo tanto, su cobertura es considerada **No Acreditable. Esto es importante porque, probablemente, recibirá más ayuda con sus costos de los medicamentos si se inscribe en un plan de Medicare de recetas médicas, que si sólo tiene cobertura de medicamentos recetados de [Insertar Nombre de Plan]. Además es importante porque puede significar que tenga que pagar una prima más alta (una penalidad), si no se inscribe en un plan de Medicare la primera vez que es elegible.**

3. Usted puede mantener su cobertura actual de [Inserte Nombre del Plan]. Sin embargo, ya que su cobertura no es acreditable, usted tiene que tomar decisiones sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas que pueden afectar cuánto paga por esa cobertura, dependiendo si se inscribe y cuando lo hace. Cuando tome su decisión, usted tendrá que comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicinas están cubiertas, contra la cobertura y costo de los planes que ofrezcan cobertura de Medicare para medicamentos en su área. Lea este aviso cuidadosamente ya que le explica sus opciones. Lea este aviso cuidadosamente ya que le explica sus opciones.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

[INSERTE SI EL PLAN PATROCINADO POR EL EMPLEADOR/SINDICATO: Sin embargo, si decide dejar su cobertura actual con [Inserte el Nombre del Plan], ya que es una cobertura patrocinada por el empleador/sindicato; usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para inscribirse en un Plan Medicare de medicinas. Quizás también tenga que pagar una prima más alta (una penalidad) porque usted no tenía cobertura acreditable con [Inserte el Nombre del Plan].]

[INSERTE SI LA COBERTURA ANTERIOR PROVISTA POR LA ENTIDAD ERA COBERTURA ACREDITABLE: Ya que esta perdiendo cobertura acreditada de medicamentos bajo [Insertar el nombre del Plan], usted es elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para inscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Ya que la cobertura con [Inserte el Nombre del Plan], no es acreditable, dependiendo de cuánto tiempo usted ha estado sin cobertura para medicamentos quizás tenga que pagar una penalidad para inscribirse en un plan Medicare de medicinas. Comenzando con el último mes que usted fue elegible para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos pero no lo hizo. Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.]

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] puede [o no puede] ser afectada. [La Entidad que proporciona este aviso de divulgación debe insertar una explicación sobre las provisiones y opciones, bajo el plan de la entidad en particular, que tienen disponibles los individuos con Medicare cuando son elegibles a la Parte D de Medicare. (ejemplo, ellos pueden quedarse con la cobertura del plan si escogen la Parte D y este plan coordinará la cobertura con la Parte D de Medicare. La cobertura

bajo el plan de la entidad terminará para el individuo y sus dependientes si escogen la cobertura con la Parte D de Medicare). Vea las páginas 9-11 de la Guía CMS “Aviso de Divulgación de la Cobertura Acreditable para los individuos elegibles a la Parte D de Medicare” (disponible por Internet en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>, que explica las opciones y provisiones que tienen disponibles bajo el plan de la entidad para los beneficiarios cuando son elegibles a la Parte D.]

Si cancela su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan [Aseguradores de Medigap deben sustituir “puedan” con “no puedan”] obtener su cobertura de nuevo.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Llame a nuestra oficina para más información [o llame [Inserte Contacto Alterno] al [(XXX) XXX-XXXX].

NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo periodo en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con [Inserte el Nombre de la Entidad] cambie. Además, usted puede solicitar una copia en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará cada año por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

•

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778).

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE LA DIVULGACIÓN DE LA COBERTURA **NO ACREDITABLE** PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 01 DE ABRIL DE 2011.

[Inserte esta opción– Si un beneficiario ha tenido cobertura acreditable en el marco del plan de entidades para cualquier período de tiempo desde el 15 de mayo de 2006, las entidades, puede insertar el siguiente cuadro de información si así lo desean para proporcionar una notificación personalizada de la divulgación.]

Nombre de la persona con Medicare elegible: [Insertar el nombre completo] Fecha de nacimiento de la persona o número de miembro único: [Insertar la fecha de nacimiento], o [número de miembro]

La persona mencionada anteriormente ha estado cubierta bajo la cobertura acreditable de medicamentos recetados para los siguientes intervalos de tiempo que se produjeron después del 15 de mayo de 2006:

De: [Inserte MM / DD / AA] A: [Inserte MM / DD / AA]

De: [Inserte MM / DD / AA] A: [Inserte MM / DD / AA]

Fecha: [Inserte Mes/Día/Año]

Nombre de la Entidad/Remitente: [Inserte el Nombre de la Entidad]

Contacto--Puesto/Oficina: [Inserte Puesto/Oficina]

Dirección: [Inserte la Calle y el Número, Ciudad, Estado y Código Postal de la Entidad]

Número de Teléfono: [Inserte el Número Telefónico de la Entidad]