

Su beneficio de farmacia:
¡hágalo más efectivo para usted!



www.YourPharmacyBenefit.org/Spanish

Índice

| | |
|---|----|
| Elija su plan | 2 |
| Pasos para elegir sus beneficios de farmacia | 3 |
| Tabla: cómo comparar sus opciones de planes | 4 |
| Use su plan | 6 |
| Qué hacer cuando no puede obtener su medicamento recetado | 6 |
| Cómo escribir una carta para hacer una apelación | 7 |
| Ejemplo de carta para hacer una apelación | 9 |
| Más opciones para las personas que son elegibles para Medicare | 10 |
| Recursos para obtener información adicional | 12 |
| Si tiene un seguro privado | 12 |
| Si tiene cobertura de Medicare | 13 |

Índice de definiciones

| | |
|--|----|
| Co-pago | 3 |
| Niveles de co-pago | 3 |
| Contraindicación | 7 |
| Formulario | 3 |
| Plan Medicare Advantage | 10 |
| Plan de Medicamentos Recetados (PDP por sus siglas en inglés) de Medicare .. | 10 |
| Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM por sus siglas en inglés) | 6 |
| Autorización previa | 4 |
| Terapia escalonada | 4 |

Casi la mitad de los estadounidenses usan algún tipo de medicamento recetado todos los meses, y muchas personas usan más de uno. Sin embargo, no es sorprendente, dado que muchas condiciones que solían tratarse en el hospital, actualmente, pueden tratarse en el hogar con medicamentos. Pero esto significa que asegurarse de que su seguro cubra sus medicamentos recetados es tan importante como saber que puede tener acceso a su médico a través del plan.

Entender cómo elegir un plan de seguro de salud e inscribirse en él puede ser un gran desafío, pero para muchas personas, es solo el comienzo. También es importante aprender a usar sus beneficios en forma efectiva, a fin de pagar los medicamentos que necesita para mantenerse saludable. Esta publicación proporciona consejos para elegir y usar sus beneficios de farmacia, ya sea que tenga un seguro privado a través de su empleador o sindicato, o que sea elegible para obtener Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.

La primera sección, *Elija su plan*, le indica los pasos para comparar sus opciones de beneficios para medicamentos recetados y para elegir aquella que satisfaga sus necesidades. La segunda sección, *Use su plan*, le ayuda a saber qué hacer si se ha inscrito en un plan para ese año y luego surgen problemas, por ejemplo, si el farmacéutico le informa que no puede obtener un medicamento recetado. Además, esta sección explica cómo presentar una apelación para lograr que la compañía de seguros pague un medicamento que normalmente no cubriría, pero que su médico considera médicamente necesario. La tercera sección le informa acerca de las opciones de cobertura adicionales para las personas que son elegibles para Medicare. Finalmente, la última sección le proporciona una lista de recursos para obtener más información acerca de sus beneficios.

A lo largo de esta guía, encontrará términos en **letra negrita** que quizás desconozca. Estos términos se usan con frecuencia en los materiales de seguros de salud, por lo que aprenderlos le ayudará a comprender la información que reciba de su plan. Hemos incluido las definiciones de estos términos en el borde de la página en la que se usan por primera vez.

¡Continúe leyendo para aprender a hacer que su beneficio de farmacia sea efectivo para usted!



Elija su plan: tome una decisión informada

Preguntas clave:

- 1) ¿Hay algún otro plan de seguro de salud a mi disposición?
- 2) ¿Mi plan actual me proporciona la mejor cobertura para mis necesidades?

Es posible que tenga acceso a cobertura de seguro para sus medicamentos a través de diversas fuentes. Una de las formas más comunes de obtener cobertura para sus medicamentos recetados es a través del plan de seguro de salud en el que se inscribe a través de su empleador o sindicato. Si es jubilado, de todos modos puede recibir beneficios a través del plan de su ex empleador. Si trabaja por su cuenta, puede contratar una póliza de seguro de salud individual directamente con una compañía de seguros o a través de una asociación profesional a la que pertenezca. También puede tener cobertura a través del plan de su cónyuge. No importa cuáles sean las opciones a su disposición, hay dos preguntas básicas que siempre debe hacer cuando tenga la oportunidad de efectuar cambios en su cobertura de seguro una vez por año:

Si es elegible para Medicare, vea también:

Cosas en las que debe Pensar Cuando Compare Planes (Publicación 11163-S) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Disponible en http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/11163_S.pdf.

- 1) ¿Hay algún otro plan de seguro de salud a mi disposición?
- 2) En tal caso, ¿el plan en el que estoy inscrito actualmente satisface mis necesidades, o un plan diferente sería mejor para mí por motivos médicos o financieros?

A la mayoría de las personas les resulta difícil responder la segunda pregunta. Es importante tener en cuenta que la mayoría de los planes de seguro de salud son planes integrales que cubren visitas al médico, estadías en el hospital, análisis de laboratorio y medicamentos recetados. Habitualmente, usted no puede elegir qué servicios cubrir y cuáles no. (La excepción es que la cobertura dental y de la visión, algunas veces, constituyen planes separados). Debe analizar el plan de seguro de salud en su conjunto y elegir aquel que le proporcione la mejor combinación de beneficios según sus necesidades específicas de atención de la salud.

La información incluida en esta sección está diseñada para ayudarle a evaluar la parte de sus beneficios relativa a farmacia, a fin de determinar qué plan le brinda la mejor cobertura para los medicamentos recetados que usted - y cualquier otro integrante de su familia que esté cubierto por el mismo plan - estén tomando en la actualidad. Debe sopesar esta información, junto con factores tales como el acceso a sus médicos y hospitales preferidos, y los tipos de servicios médicos cubiertos, a fin de encontrar un plan que satisfaga sus necesidades.

Preguntas clave:

- 1) ¿Hay una lista de los medicamentos recetados que cubrirá el plan?
- 2) ¿Cuál es el proceso para presentar una apelación y cuánto tiempo tarda?
- 3) ¿Cuánto deberá pagar por un medicamento recetado?
- 4) ¿El plan debe aprobar algunos medicamentos antes de pagarlos?
- 5) ¿Deberá usar un servicio de pedidos por correo o podrá obtener sus medicamentos recetados en su farmacia local, si así lo prefiere?

Pasos para elegir sus beneficios de farmacia

- **Paso 1:** pregunte si el plan cuenta con una lista de los medicamentos recetados que estarán cubiertos. Esto se conoce como **formulario**. Si toma medicamentos para una enfermedad, como presión arterial alta, asma o diabetes en forma regular, asegúrese de que estos medicamentos estén incluidos en el formulario antes de seleccionar ese plan. Si no están incluidos, deberá cambiar de medicamentos o pagar el costo total de su bolsillo.
- **Paso 2:** pregunte acerca del proceso para presentar una apelación si el plan se niega a pagar el medicamento que usted necesita. Si un medicamento que usted necesita no está incluido en el formulario, tiene derecho a presentar una apelación ante el plan, a fin de solicitarle que pague dicho medicamento de todos modos. Es posible que, en el momento de comunicarle que el plan no lo pagará, no le informen acerca de su derecho a apelar; por ello, es importante saber cómo apelar por su cuenta y cuánto tiempo podría llevarle el proceso. Es probable que un plan haga lugar a su apelación solo si su médico lo convence de que el medicamento que se le recetó es absolutamente necesario por motivos médicos o de que ningún otro medicamento incluido en el formulario será tan efectivo para usted.
- **Paso 3:** pregunte cuánto deberá pagar por sus medicamentos recetados. La mayoría de los planes exigen un **co-pago** por cada receta. Muchos planes tienen tres o, incluso, cuatro **niveles de co-pagos** que se aplican a distintos medicamentos. Éstos, a menudo, se denominan niveles de co-pago o niveles de medicamentos preferidos. Para averiguar qué nivel de co-pago se aplica a cada uno de sus medicamentos, llame al plan o visite su sitio Web. Si es más de lo que puede pagar, quizás le convenga preguntarle a su médico si hay una versión genérica de su medicamento o si hay otros medicamentos de menor costo que podrían ser apropiados para usted.

Formulario: lista establecida por un plan que indica qué medicamentos cubre y a qué nivel de co-pago.

Co-pago: cantidad fija, por ejemplo \$10, que una persona asegurada paga por servicios de salud o medicamentos, cualquiera sea el costo real de ese servicio o medicamento. Vea también "Niveles de co-pago."

Niveles de co-pago: co-pago que varía en función del medicamento, en lugar de ser una cantidad fija. Habitualmente, el plan asigna cada medicamento a un nivel. Por lo general, hay 2, 3 ó 4 niveles, cada uno de los cuales tiene una cantidad de co-pago diferente. Este diseño tiene por objeto alentar el uso de medicamentos pertenecientes a los niveles menos costosos.

Cómo comparar sus opciones de planes

| | Plan 1 | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Nombre del plan | | | | |
| Consideraciones | Medicamento 1 | Medicamento 2 | Medicamento 3 | Medicamento 1 |
| ¿El medicamento está incluido en el formulario del plan? (sí/no) | | | | |
| ¿Cuánto tiempo podría llevarme el proceso de apelación? | | | | |
| ¿Cuánto deberé pagar cada mes por este medicamento? | | | | |
| ¿Este medicamento requiere autorización previa? (sí/no) | | | | |
| ¿Debo realizar pedidos por correo para este medicamento? (sí/no) | | | | |

Autorización previa:

requisito de que un médico obtenga la aprobación de la compañía de seguros antes de que el plan pague el medicamento.

Terapia escalonada:

requisito de probar primero con un medicamento menos costoso para ver si es efectivo, antes de que el plan pague un medicamento más costoso.

- **Paso 4:** pregunte si el plan debe preaprobar determinados medicamentos antes de que usted pueda obtener su receta. Algunos planes exigen a su médico que obtenga **autorización previa** para determinados medicamentos antes de pagarlos. Esto significa que su médico o farmacéutico debe llamar al plan para obtener permiso antes de recetar estos medicamentos. Algunos planes le exigen que pruebe con un medicamento menos costoso antes de pagar el que su médico le haya recomendado. Esto se denomina **terapia escalonada**. Es probable que el medicamento menos costoso sea un medicamento diferente, usado para tratar la misma condición médica y para el cual la compañía de seguros negoció un precio más bajo. Además, algunos planes solo pagan una cantidad limitada de dosis de un determinado medicamento por mes, sin importar cuántas necesite realmente. Por ejemplo, quizás solo cubran seis dosis de un medicamento para la migraña. Si necesita un medicamento determinado por un motivo médico válido, quizás pueda lograr su

| Plan 2 | | Plan 3 | | |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Medicamento 2 | Medicamento 3 | Medicamento 1 | Medicamento 2 | Medicamento 3 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

cobertura si solicita una excepción a la norma o presenta una apelación (vea el Paso 2). Si no puede esperar hasta que termine el proceso de apelación, quizás deba pagar el medicamento de su bolsillo y luego, presentar una apelación para que el plan le reembolse la cantidad pagada.

- **Paso 5:** Pregunte si debe usar un servicio de pedido por correo. Muchos planes tienen una opción de pedido por correo para sus medicamentos, pero algunos pueden exigirle que use este servicio para los medicamentos que toma en forma regular, en lugar de obtenerlos en una farmacia local.

La mayoría de las personas que tienen un seguro privado pueden elegir un plan diferente (si se les ofrece) una vez por año. El administrador de beneficios de su empleo o sindicato podrá informarle cuándo podrá efectuar el cambio y brindarle información acerca de otras opciones de planes. Complete la tabla anterior, que le ayudará a comparar los beneficios de farmacia ofrecidos por los planes que está considerando.

Use su plan: solucione los problemas al obtener sus medicamentos recetados

Administrador de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM por sus siglas en inglés): compañía que administra los beneficios de farmacia. No son compañías de seguros, sino que, a menudo, son subcontratadas por aseguradores de salud o empleadores para administrar la parte de medicamentos recetados del plan de seguro de salud.

Una vez que se inscriba en un plan, es posible que no pueda cambiar a un plan diferente hasta el año siguiente; por ello, es importante saber cómo aprovechar al máximo los beneficios ofrecidos por el plan que tenga. Esto es especialmente importante para las personas que solo pueden obtener cobertura a través de un plan. ¡Debe conocer las reglas!

Cada plan es diferente. Para obtener más información acerca de su plan específico, lea los materiales proporcionados por su empleador y su plan de seguro de salud. Si aún no tiene una copia, pídasela a su empleador o a su plan de seguro de salud. Use su folleto, su manual, el sitio Web del plan u otra información proporcionada para responder preguntas importantes acerca de sus beneficios de farmacia. Si aún tiene preguntas, no se dé por vencido; llame al departamento de servicios al cliente de su plan de salud o al **administrador de beneficios de farmacia**. El número de teléfono más indicado para llamar debe encontrarse en el reverso de la tarjeta de identificación para beneficios de farmacia que se le envió cuando se inscribió en el plan.

¿Por qué no puedo obtener mi medicamento recetado?

- Información incorrecta.
- Plazos.
- Interacciones medicamentosas.
- Aprobación previa.
- Falta de cobertura.

Qué hacer cuando no puede obtener su medicamento recetado

Si le informan que hay un problema con su receta, pregunte por qué. Hay varias explicaciones comunes y diversas medidas que puede tomar para tratar de solucionar el problema.

■ **Información incorrecta** es posible que la información que la farmacia tenga acerca de su plan no coincida con la que figura en su tarjeta de identificación para beneficios de farmacia. Quizás el farmacéutico considere que usted no está cubierto por el plan porque el número de identificación fue ingresado incorrectamente o porque usted se ha cambiado a un plan diferente. Una nueva verificación rápida de la información que figura en su tarjeta de identificación para beneficios de farmacia puede permitirle detectar y solucionar el problema. Si corregir un error en el número de identificación no soluciona el problema, llame al número de teléfono de servicios al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para beneficios de farmacia.

■ **Plazos:** quizás sea demasiado pronto para volver a obtener el medicamento recetado. La mayoría de los planes no permiten obtener una receta antes de tiempo: por ejemplo, no se puede volver a obtener una receta por un suministro de píldoras para un mes al cabo de solo dos semanas. Sin embargo, a veces, los planes hacen una excepción con las personas que están por hacer un viaje largo o

que necesitan obtener su medicamento recetado por otras razones antes de tiempo. Puede averiguar acerca cómo obtener su receta antes de tiempo llamando al número de servicios al cliente que figura en su tarjeta de identificación para beneficios de farmacia.

■ **Interacciones medicamentosas:** es posible que la farmacia le indique que el medicamento puede reaccionar negativamente si se administra con otro medicamento que esté tomando o debido a otra condición médica que usted tenga. Esto se denomina **contraindicación**. Si esta es la razón por la que su plan se niega a pagar el medicamento, ¡tampoco lo pague de su bolsillo! Si el farmacéutico aún no lo ha hecho, comuníquese con su médico inmediatamente para asegurarse de que conozca la posible contraindicación. Quizás su médico desee que usted tome ese medicamento de todos modos, pero es mejor volver a verificarlo. Si su médico desea que usted tome ese medicamento de todos modos, debe preguntarle qué efectos secundarios tendrá el medicamento. Si el medicamento no produce el efecto indicado por su médico o si se producen efectos secundarios diferentes que no esperaba, comuníquese con el consultorio de su médico inmediatamente.

■ **Aprobación previa:** A veces puede que un farmacéutico necesite que su médico obtenga primero la aprobación del plan para proveerle su medicamento recetado. Si este es el problema, puede obtener aprobación si el farmacéutico se comunica con el médico que recetó el medicamento y luego, presenta la información necesaria al plan.

■ **Falta de cobertura:** es posible que el medicamento recetado por su médico no esté incluido en el formulario y, por lo tanto, no esté cubierto por el plan. Si este es el problema, pregunte a su médico si un medicamento diferente (uno que su plan pague) será efectivo para usted. De lo contrario, usted y su médico podrán apelar, a fin de intentar obtener cobertura para el medicamento recetado. (Vea "Pasos para elegir sus beneficios de farmacia: Paso 2" en la página 3).

Contraindicación:

también se denomina "interacción medicamentosa" o "evento adverso." Advertencia de que un medicamento puede reaccionar negativamente con otro medicamento que esté tomando o por otra condición médica que usted tenga.

Si es elegible para Medicare, vea también:

Sus Derechos y Protecciones de Medicare (Publicación 10112-S) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Disponible en <http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/10112-S.pdf>.

Cómo escribir una carta de apelación

Si su compañía de seguros se niega a pagar un medicamento que su médico considera médicamente necesario para usted, tiene derecho a apelar. Si tiene cobertura a través de una póliza individual o un plan en el que se inscribió a través de su empleador o sindicato, podrá averiguar acerca de sus derechos de apelación y cómo presentar una apelación comunicándose con su plan de salud o con el departamento de seguros de su estado. Podrá encontrar la información de contacto del departamento de seguros de su estado en www.naic.org/state_web_map.htm (unicamente en inglés), o en las páginas azules de su

directorio telefónico. Si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados (Prescription Drug Plan, PDP por sus siglas en inglés) de Medicare, el plan le enviará materiales acerca de los procedimientos de queja y apelación.

Por lo general, su médico o farmacéutico podrán pedirle al plan que pague un medicamento que su seguro no cubriría normalmente mediante una llamada telefónica o el envío de un fax al plan, en los que explique por qué su medicamento recetado es médicamente necesario. El plan responderá al cabo de algunos días, como mucho, a fin de informarle si cubrirá el medicamento. Si su solicitud de excepción es denegada, puede llevar adelante una apelación formal. Es mejor presentar su apelación por escrito. De esta forma, también contará con un registro escrito de las medidas que tomó y las fechas en que lo hizo. Asegúrese de conservar una copia para usted.

Independientemente de que sea usted o el consultorio de su médico quien presente la apelación, es usted el responsable de darle seguimiento a su caso.



Es mejor pedirle al consultorio de su médico que dé el primer paso en la presentación de una apelación o que le proporcione una explicación por escrito del problema, para que usted pueda incluirla en su carta. Es importante recordar que, independientemente de que sea usted o el consultorio de su médico quien presente la apelación, usted es responsable de seguimiento de su caso. Es posible que la farmacia no le informe al consultorio de su médico que el medicamento no está cubierto; por ello, si necesita ayuda del consultorio de su médico para solucionar el problema, debe pedírsela directamente. Asegúrese de hacer un seguimiento de cada paso del proceso, dado que quizás la compañía de seguros no envíe al consultorio de su médico copias de las cartas que usted reciba en relación con su apelación.

Estas son algunas sugerencias acerca de lo que debe incluir en su carta de apelación:

- Su nombre.
- Su dirección.
- Su número de teléfono.
- El número de identificación de su plan de salud y/o de Medicare.
- La fecha en que escribe la carta.
- La fecha en que ordenó la receta.
- El nombre y la dirección de la farmacia en la que intentó obtener el medicamento recetado.
- El nombre, la dirección y el número de teléfono del médico que hizo la receta.

Ejemplo de carta de apelación*



[Su nombre]
[Su dirección]
[Ciudad, Estado, Código postal]
[Su número de teléfono]
[Su número de identificación]
Fecha de nacimiento: [su fecha de nacimiento]

Fecha

Nombre del plan de salud o el plan de administración de beneficios de farmacia
Dirección del plan
Ciudad, Estado, Código postal

A quien pueda interesar:

El objetivo de la presente carta es apelar formalmente la denegación de cobertura de medicamentos. Tengo cobertura bajo su plan, y mi número de identificación es [número de identificación]. El día [fecha], intenté obtener un medicamento recetado de [nombre del medicamento] en la farmacia [nombre de la farmacia] ubicada en [dirección de la farmacia]. El farmacéutico me informó que [razón de la denegación]. Decidí [medida que tomé].

Mi información de contacto es la que se indica arriba, y la información de contacto del Dr./de la Dra. [nombre del médico que hizo la receta] se indica a continuación.
[Nombre del médico que hizo la receta]
[Dirección del médico]
[Ciudad, Estado, Código postal]
[Número de teléfono del médico]

El Dr./la Dra. [nombre del médico] emitió la receta, y podrá comunicarse con él/ella si se necesita información médica para la consideración de mi apelación. He incluido una copia de [la receta o el recibo] para su consideración.

Le solicito una explicación por escrito de cualquier medida adicional que deba tomar para que se procese mi apelación, como también una explicación por escrito de su decisión con respecto a mi reclamación.

Atentamente,
[Su nombre]

Podrá encontrar esta información en el reverso de su tarjeta de identificación para beneficios de farmacia; la que usa al recoger sus medicamentos recetados.

Su número de identificación figura en el anverso de su tarjeta de identificación para beneficios de farmacia.

Por ejemplo, ¿pagó el medicamento de su bolsillo? ¿Decidió no obtener el medicamento recetado?

Si no tiene una copia de la receta escrita o el recibo de la farmacia, indique el nombre del medicamento y la dosis recetada. Verifique con su farmacéutico para verificar que haya escrito todo correctamente, dado que los nombres de muchos medicamentos son similares.

* Este ejemplo de carta de apelación se proporciona únicamente con fines informativos. Cada plan tiene reglas y procedimientos diferentes para las apelaciones, y es posible que este ejemplo de carta no satisfaga los requisitos de su plan. NO USE ESTA CARTA SIN VERIFICAR PRIMERO LOS PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE SU PLAN PARA LAS CARTAS DE APELACIÓN.

Más opciones para las personas que son elegibles para Medicare

Plan de Medicamentos Recetados (PDP por sus siglas en inglés) de

Medicare: Plan de medicamentos autónomo, ofrecido por compañías de seguros y otras compañías privadas para agregar una cobertura de medicamentos recetados al Plan Medicare Original, los Planes Privados de Pago por Servicio de Medicare (Medicare Private Fee-for-Service Plans) sin cobertura de medicamentos recetados y los Planes Cost de Medicare.

Plan Medicare

Advantage: Medicare trabaja junto con Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare para ayudarles a proporcionar una cobertura aún mayor o tal vez costos más bajos o ambos beneficios. Su plan le informará acerca de las opciones de medicamentos recetados que ofrece.

Medicare comenzó a ofrecer cobertura de medicamentos recetados a las personas con Medicare el 1º de enero del 2006. Por primera vez, podrá elegir la cobertura para esta importante necesidad de la salud y Medicare le ayudará a pagarla. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare es un seguro que cubre medicamentos recetados de marca y genéricos en farmacias participantes de su área. Para una persona típica con Medicare que no tiene cobertura de medicamentos, el costo total de medicamentos podría reducirse aproximadamente un 50%. Si los costos de medicamentos recetados aumentan significativamente, Medicare pagará hasta el 95% de estos costos una vez que haya gastado \$3,850 en efectivo en 2007. Se dispone de asistencia adicional para las personas con ingresos y recursos limitados. Para obtener cobertura de medicamentos recetados de Medicare, debe elegir un plan de medicamentos de Medicare e inscribirse en él.

Inscribirse en un plan de Medicare que cubra medicamentos recetados es su elección. Si desea tener cobertura, debe optar por inscribirse en un plan, a fin de recibirla. La inscripción abierta se lleva a cabo todos los años a partir del 15 de noviembre. Puede cambiar de plan o incorporarse al plan por primera vez el 15 de noviembre para la cobertura que comienza el 1ro de enero del año siguiente. Al igual que con otros seguros, si opta por no inscribirse la primera vez que es elegible y más adelante cambia de opinión, quizás deba pagar una multa por inscripción tardía.

Si tiene solo Medicare Original, o Medicare Original y una póliza Medigap ('Suplementaria') sin cobertura de medicamentos, puede inscribirse en un **Plan de Medicamentos** Recetados de Medicare que cubra solo medicamentos recetados y conservar su cobertura de Medicare Original tal como está. También puede reemplazar su Medicare Original e inscribirse en un **Plan Medicare Advantage** u otro Plan de Salud de Medicare que cubra la atención de médicos y hospitales, como también medicamentos recetados.

Si tiene Medicare Original y una póliza Medigap ('Suplementaria') con cobertura de medicamentos, deberá decidir si desea conservar su póliza Medigap con cobertura de medicamentos o inscribirse en un plan de medicare que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Solicite más información a Medicare y los planes que ofrecen cobertura de medicamentos en su área en el otoño, y compare la cobertura de medicamentos de su plan Medigap con la nueva cobertura de Medicare. A diferencia de Medigap, la mayor parte del costo de la cobertura de medicamentos de Medicare la paga Medicare, y nunca se quedará sin cobertura si tiene altos costos de medicamentos.

Si es jubilado y tiene cobertura de medicamentos a través de su ex empleador o sindicato (o el de su cónyuge), solicite información a su ex empleador o sindicato este otoño. Esta información explicará cómo trabajarán con Medicare en relación con la cobertura de medicamentos recetados y qué decisiones deberá tomar. Si no tiene noticias de ellos, visite su sitio web o llame a su administrador de beneficios.

Si tiene un Plan Medicare Advantage (como una Organización de Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization, HMO] o una Organización de Proveedores Preferidos [Preferred Provider Organization, PPO]) u otro Plan de Salud de Medicare, es posible que en octubre reciba por correo información que le explique cualquier cobertura adicional de medicamentos recetados que su plan ofrezca.

Vea también: *Lo Que Significa la Cobertura Medicare para Recetas Médicas para Usted* (Publicación 11146-S) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Disponible en http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/11146_S.pdf.



Recursos para obtener información

Si tiene un seguro privado

Muchas personas tienen un seguro a través de su empleador o sindicato. También es posible que algunas personas contraten este tipo de seguro en forma individual para sí mismos. Si tiene alguna pregunta acerca de cómo usar este tipo de seguro:

- Comuníquese con servicios al cliente. Podrá encontrar este número de teléfono en su tarjeta de seguro (comúnmente es un número gratuito). Le permitirá comunicarse con un representante del personal de apoyo al cliente que podrá responder sus preguntas acerca de cómo usar sus beneficios.
- Comuníquese con el departamento de seguros de su estado para obtener información acerca de sus derechos y acerca de cómo presentar una queja. Podrá encontrar la información de contacto del departamento de seguros de su estado en www.naic.org/state_web_map.htm (únicamente en inglés), o en las páginas azules de su directorio telefónico.
- Visite www.YourPharmacyBenefit.org/spanish para obtener información que le ayude a responder sus preguntas acerca de cómo elegir la cobertura apropiada para las necesidades de su familia y acerca de cómo aprovechar al máximo la cobertura que tiene. Este sitio web es patrocinado por un grupo de organizaciones de atención de la salud que trabajan en forma conjunta para proporcionar consejos y herramientas que ayuden a los consumidores a tomar las mejores decisiones personales acerca de sus beneficios de farmacia.
- Comuníquese con su Agencia del Área en el Envejecimiento (Area Agency on Aging) local. Podrá encontrar la información de contacto de su Agencia del Área en el Envejecimiento local en www.eldercare.gov (únicamente en inglés) o en las páginas azules de su directorio telefónico.



- Comuníquese con la Administración de Envejecimiento (Administration on Aging, AoA por sus siglas en inglés) en www.aoa.gov/language/language_espanol.asp o llame al 1-202-619-0724. La AoA constituye el punto de referencia federal y es la agencia para la defensa de las personas mayores y sus inquietudes. La misión de la AoA es promover la dignidad e independencia de las personas mayores y ayudar a la sociedad a prepararse para una población que envejece.

Si tiene cobertura de Medicare

Este es un programa diseñado para las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con incapacidades permanentes y las personas con enfermedad renal terminal que requieren diálisis o un trasplante de riñón. Para obtener más información acerca de cómo usar sus beneficios de Medicare:

- Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, lea el manual " Medicare & You 2007" (Medicare y usted 2007) que se le envió por correo en octubre del 2006. Este manual enumera los planes específicos disponibles en su área. Si necesita más ayuda visite www.medicare.gov/Spanish/Overview.asp y obtenga información personalizada, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de dispositivos de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al Programa de Asistencia de Seguros de Salud de su Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP por sus siglas en inglés) para recibir asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Vea su manual " Medicare & You 2007" para obtener el número de teléfono del SHIP de su estado o visite www.medicare.gov/contacts/static/allStateContacts.asp.
- Visite www.YourPharmacyBenefit.org/spanish para obtener información que le ayude a responder sus preguntas acerca de cómo elegir la cobertura apropiada para las necesidades de su familia y acerca de cómo aprovechar al máximo la cobertura que tiene. Este sitio web es patrocinado por un grupo de organizaciones de atención de la salud, que trabajan en forma conjunta para proporcionar consejos y herramientas que ayuden a los consumidores a tomar las mejores decisiones personales sobre sus beneficios de farmacia.
- Esté atento a los eventos locales que se realicen para brindar ayuda para inscribirse en un plan de medicamentos. Comuníquese con su Agencia del Área en el Envejecimiento local. Podrá encontrar la información de contacto de su Agencia del Área en el Envejecimiento local en www.eldercare.gov o (únicamente en inglés) en las páginas azules de su directorio telefónico.
- Comuníquese con la Administración de Envejecimiento (Administration on Aging, AoA) en www.aoa.gov/language/language_espanol.asp o llame al 1-202-619-0724. La AoA constituye el punto de referencia federal y es la agencia para la defensa de las personas mayores y sus inquietudes. La misión de la AoA es promover la dignidad e independencia de las personas mayores y ayudar a la sociedad a prepararse para una población que envejece.



La Administración de Envejecimiento del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU. ha revisado esta publicación, que es producida por National Pharmaceutical Council (NPC). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. han revisado la información acerca del programa Medicare. NPC es una asociación sin fines de lucro dedicada a la investigación que promueve el uso apropiado de los productos farmacéuticos para mejorar la salud de las personas. Esta publicación podrá reimprimirse con fines educativos y sin fines de lucro.

Para solicitar copias adicionales de este panfleto, escriba a: Centro Federal de Información para el Público #854N Pueblo, CO 81009

o visite www.pueblo.gsa.gov/spanish.



The National Pharmaceutical Council

1894 Preston White Drive
Reston, VA 20191-5433

703.620.6390

www.npcnow.org
www.YourPharmacyBenefit.org/spanish