

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 recetas médicas. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para recetas médicas.

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 ofrecida por el [Inserte el Nombre del Plan] en promedio es para todos los participantes del plan, y [NO] se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y es considerada Cobertura [[Acreditable](#)] [No Acreditable].

Ya que su cobertura actual en promedio [NO] es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas, usted puede conservar esta cobertura y [[no tendrá que](#)] [tendrá que] pagar una prima más alta (penalidad) en caso de que decida inscribirse en la cobertura de Medicare más tarde.

Las personas tendrán la oportunidad de inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas cuando son elegibles para Medicare y desde el 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Esto puede significar que usted puede tener que esperar para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas y que puede pagar una prima más alta (una penalidad) si se inscribe más tarde. Tendrá que pagar esta penalidad mientras tenga la cobertura de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para el Período de Inscripción Especial por sesenta (60) días porque perdió su cobertura acreditable para inscribirse en un Plan de la Parte D. [INSERCIÓN DEL PLAN PATROCINADO POR EL EMPLEADOR/SINDICATO: Además, si usted pierde o decide dejar la cobertura patrocinada por su empleador/sindicato; usted será elegible para inscribirse en un plan de la Parte D 'durante el Período de Inscripción Especial del Empleador.] 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 recetas médicas en su área.

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN
PERSONALIZADO DESPUES DEL 15 DE FEBRERO DE 2007.

[Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, su cobertura con [Inserte el Nombre de la Entidad] [puede] [o no puede] ser afectada. Preste atención para ver que ocurre con su cobertura actual si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas.]

[CMS recomienda que la entidad que proporciona este aviso inserte una explicación de la opción u opciones de la cobertura para recetas médicas que los beneficiarios tendrán a su disposición cuando el beneficio de la Parte D de Medicare esté disponible.] En caso de que escoja inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas usted aún será elegible [o no le será] para recibir todos sus beneficios actuales de salud y de recetas médicas. Vea el Aviso de Divulgación de la Guía de la Cobertura Acreditable para los individuos elegibles a la Parte D de Medicare, 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 (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).

Si cancela su cobertura 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 “puede ser” con “no pueden”] obtener su cobertura de nuevo.

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura con [Inserte el Nombre de la Entidad] y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscripción tardía en un plan de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura 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 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura, su prima siempre será por lo menos 19% más alta que lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras que tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el mes de noviembre siguiente para inscribirse.

Fecha: [Inserte Mes/Día/Año]
Nombre de la Persona con Medicare Elegible: [Inserte el Nombre del Beneficiario]
Fecha de Nacimiento o Identificación: [Inserte la Fecha de Nacimiento o el ID del Miembro]

Esta persona [ha] [no ha] sido cubierta bajo una Cobertura para Recetas Médicas que es considerada Acreditable.

Si aplica, las fechas de cobertura acreditable que ocurrieron después del 15 de Mayo de 2006:

De: [Inserte Mes/Día/Año] Hasta: [Inserte Mes/Día/Año]
De: [Inserte Mes/Día/Año] Hasta: [Inserte Mes/Día/Año]

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN
PERSONALIZADO DESPUES DEL 15 DE FEBRERO DE 2007.

Para más información sobre este aviso o sobre 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.

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).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura para recetas médicas, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar que usted debe o no pagar una penalidad.

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]