

## **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 medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.**

**Hay dos 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 ofrecida por el [Inserte el Nombre del Plan] en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.**

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de noviembre al 31 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para suscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

## ¿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 7-9 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.

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

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE FEBRERO DE 2009.

médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

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 noviembre para inscribirse.

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

Llame a nuestra oficina para más información [o llame [Inserte Contacto Alternativo] al [(XXX) XXX-XXXX]. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período 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 de este aviso 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 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](http://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 con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

**CMS Form 10182-CC  
febrero de 2009**

**Revisada el 1 de**

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE FEBRERO DE 2009.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El 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](http://www.socialsecurity.gov) por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

**Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).**

**[Inserte esta opción - Las entidades pueden elegir e incluir la siguiente caja de texto con 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]

**CMS Form 10182-CC  
febrero de 2009**

**Revisada el 1 de**

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN  
*INDIVIDUAL* DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE FEBRERO  
DE 2009.

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]

**CMS Form 10182-CC  
febrero de 2009**

**Revisada el 1 de**

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.