

Materiales educativos del programa Medicare Minute – marzo de 2025

Cómo reducir los costos de la Parte D

1. ¿Qué costos están asociados con la Parte D?

Medicare Parte D, el beneficio de medicamentos recetados, es la parte de Medicare que cubre la mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. La Parte D se ofrece a través de empresas privadas. Usted puede comprar un plan independiente de la Parte D si tiene Medicare original. Si tiene un Plan Medicare Advantage, su cobertura de la Parte D generalmente está incluida en su plan. Algunos de los costos asociados con la cobertura de medicamentos de la Parte D incluyen:

- **Prima:** la cantidad mensual que usted paga a su plan de la Parte D por la cobertura. Las primas varían según el plan y la **prima base nacional promedio** en 2025 es de \$36.78.
- **Deducible anual:** la cantidad que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que su plan empiece a pagar. El deducible varía según el plan y no todos los planes de la Parte D tienen un deducible. El deducible máximo en 2025 es de \$590.
- **Coseguro o copagos:** la cantidad que usted paga de su propio bolsillo por los medicamentos cubiertos después de haber cubierto su deducible y antes de entrar al periodo sin cobertura (consulte lo siguiente). Un coseguro es un porcentaje del costo de un medicamento. Un copago es una cantidad establecida. Muchos planes de la Parte D usan niveles para establecer los precios de los medicamentos incluidos en sus listas de medicamentos cubiertos (listas de medicamentos aprobados). Los medicamentos en los niveles más bajos son menos costosos y los medicamentos en los niveles más altos son más costosos. Un ejemplo de una estructura de niveles podría ser:
 - Nivel 1: Medicamentos genéricos preferentes
 - Nivel 2: Medicamentos genéricos
 - Nivel 3: Medicamentos de marca preferentes
 - Nivel 4: Medicamentos no preferentes
 - Nivel 5: Medicamentos especializados
- **Costos de la cobertura contra catástrofes:** En todos los planes, después de llegar al límite de gastos de \$2,000, usted debe \$0 por los medicamentos recetados cubiertos.
 - Los costos que cuentan para el límite del deducible y el límite de \$2,000 son sus costos verdaderos del propio bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés). Estos son los costos que usted gasta en medicamentos cubiertos de la Parte D o que ciertas terceras partes gastan en su nombre en medicamentos cubiertos.
 - Su plan de la Parte D debe dar seguimiento a cuánto dinero ha gastado usted de su propio bolsillo por los medicamentos cubiertos y su progreso a través de los periodos de cobertura. Además, esta información está incluida en sus estados de cuenta mensuales. Recuerde que solo los costos asociados con los medicamentos cubiertos le ayudan a avanzar por las etapas de cobertura. Si gasta dinero en medicamentos no cubiertos, incluyendo medicamentos de venta sin receta o medicamentos para los cuales ha recibido una denegación de su plan que no pudo apelar exitosamente (consulte la pregunta 7), estos costos no le ayudarán a cubrir su deducible ni a alcanzar su límite anual.

Algunos de estos costos pueden ser diferentes dependiendo de sus circunstancias. Por ejemplo, el programa de Ayuda Adicional (consulte el número 2) reduce o elimina la prima y el deducible de la Parte D y disminuye los copagos de manera significativa.

También puede tener una prima de la Parte D más elevada si tiene ingresos más altos. A esto se le llama una cantidad mensual ajustada relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés). La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) determina si usted tiene un adeudo por una IRMAA con base en los ingresos que reportó en su declaración de impuestos dos años antes (\$106,000 de ingresos anuales para individuos y \$212,000 de ingresos anuales para parejas). Si usted cree que no debe pagar una IRMAA, sus circunstancias han cambiado o se hizo un cálculo incorrecto de su IRMAA, usted tiene derecho a solicitar que la SSA disminuya o elimine su incremento de prima.

2. ¿Qué es Ayuda Adicional?

Ayuda Adicional es un programa federal que ayuda a pagar por algunos o, incluso, por la mayoría de los gastos de su propio bolsillo para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. También se le conoce como Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) de la Parte D. Si sus ingresos mensuales son de hasta \$1,976 en 2025 (\$2,664 para parejas) y sus bienes son menores a **\$17,600 (\$35,130 para parejas)**, usted puede ser elegible para Ayuda Adicional. Nota: Estos límites incluyen una exclusión de ingresos de \$20 que la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) resta automáticamente de sus ingresos mensuales no salariales.

Incluso si sus ingresos o bienes son superiores a los límites de elegibilidad, usted podría ser elegible para Ayuda Adicional debido a que ciertos tipos de ingresos y bienes no se toman en cuenta, además de los \$20 mencionados arriba.

Si está inscrito(a) en Medicaid, la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), usted es elegible automáticamente para Ayuda Adicional, sin importar si reúne los requisitos de elegibilidad de Ayuda Adicional. Usted recibirá un aviso color púrpura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) que le informará que no necesita solicitar Ayuda adicional. Su elegibilidad automática para Ayuda Adicional puede extenderse más allá de su inscripción en estos programas, pero no dura para siempre. Si antes tenía Medicaid, SSI o un MSP y ya no es elegible para ese beneficio, usted de todos modos podría ser elegible para Ayuda Adicional al solicitarlo directamente.

El programa de Ayuda Adicional ofrece los siguientes beneficios:

- Paga por la prima de su Parte D hasta una cantidad de referencia específica al estado.
- Baja el costo de sus medicamentos recetados.
- Le da un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse, cancelar la inscripción o cambiar de planes de la Parte D una vez al mes. Si tiene Medicare original, usted puede cambiar su plan independiente de la Parte D. Si tiene un Plan Medicare Advantage, usted puede cambiarse a Medicare original con un plan independiente de la Parte D. No puede usar este SEP para inscribirse en un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.
- Elimina cualquier multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) de la Parte D que usted podría tener si retrasa su inscripción en la Parte D.

Recuerde que Ayuda Adicional no reemplaza a la Parte D ni a un plan por sí misma. Usted debe tener un plan de la Parte D para recibir cobertura de medicamentos recetados de Medicare y la asistencia de Ayuda Adicional. Si no elige un plan, en la mayoría de los casos, lo(a) inscribirán automáticamente en uno. Para recibir ayuda con sus copagos, sus medicamentos recetados deben estar cubiertos por su plan.

Si es elegible para Ayuda Adicional y tiene otra cobertura de medicamentos acreditada (por ejemplo, la cobertura de medicamentos de Asuntos de Veteranos o un plan para jubilados), debe evaluar sus costos y su cobertura para decidir si debe inscribirse en la Parte D y en Ayuda Adicional o continuar con su cobertura actual de medicamentos, o si es posible o recomendable tener ambas. Asegúrese de preguntarle a su empleador o sindicato si usted puede obtener un plan de la Parte D sin perder los beneficios para jubilados que desea mantener. También averigüe si cancelar su inscripción en la cobertura de medicamentos para jubilados hace que deje de ser elegible para otros beneficios de salud para jubilados. Si no puede tener la Parte D y sus beneficios para jubilados, o si mantener ambos no le conviene, piense cuidadosamente si debe obtener un plan de la Parte D. Esto es especialmente verdadero si su plan para jubilados también cubre a su cónyuge o dependientes. Si desea obtener la Parte D más adelante, tendrá un SEP de dos meses después de perder su cobertura acreditada.

Por último, las personas con Medicaid y con cierto tipo de cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o para jubilados, en algunos casos pueden no estar inscritas en Ayuda Adicional o pueden pedir que no se les inscriba. Comuníquese con su oficina local de Medicaid para averiguar cómo puede rechazar la Parte D sin perder su cobertura de Medicaid. Si desea obtener la Parte D más adelante, puede inscribirse en cualquier momento sin una multa si sigue inscrito(a) en Medicaid o si es elegible para Ayuda Adicional.

3. ¿Cómo puedo solicitar Ayuda Adicional?

Si tiene Medicaid, SSI o un MSP, se le debe inscribir automáticamente en Ayuda Adicional. De no ser así, puede presentar una solicitud para el programa de Ayuda adicional a través de la SSA ya sea con una solicitud impresa o una solicitud en línea. Para presentar su solicitud en línea, visite www.ssa.gov. Dependiendo de los procesos en su estado, la solicitud también puede usarse para evaluarlo(a) para un MSP, el cual ayuda a pagar por algunos de sus costos de Medicare. Asegúrese de llenar toda la solicitud y proporcionar información precisa para que pueda obtener todos los beneficios para los cuales es elegible.

Si deniegan su solicitud para Ayuda Adicional, usted puede apelar ante la SSA. Usted recibirá un Aviso previo a la decisión si su solicitud se denegará, el cual explicará que usted puede no ser elegible para Ayuda Adicional y las razones por las cuales recibirá una denegación. Por ejemplo, si los ingresos mensuales que reportó en su solicitud sobrepasan el límite. Si usted cree que el rechazo de la SSA está basado en información incorrecta, tiene 10 días a partir de la fecha en su aviso para corregir su solicitud. Puede ser más rápido llamar o visitar su oficina local de campo de la SSA usando el número telefónico o la dirección en el aviso. También puede llamar a la línea nacional de ayuda de la SSA al 800-772-1213.

Una vez que la SSA tome una decisión final, usted recibirá ya sea un Aviso de aprobación o un Aviso de denegación. El Aviso de denegación quiere decir que usted no es elegible. Si no está de acuerdo con la decisión de la SSA, puede apelar. Es mejor apelar que volver a presentar una solicitud. Esto se debe a que si su apelación tiene éxito, su Ayuda Adicional entrará en vigor el primer día del mes en que usted presentó su solicitud originalmente.

Usted debe solicitar una audiencia dentro de los 60 días siguientes a haber recibido el aviso con la decisión de la SSA. Si no desea una audiencia, puede solicitar una revisión del caso, en la cual un agente de la SSA revisará su solicitud y cualquier información adicional que usted envíe. Las audiencias se realizan por teléfono. Usted recibirá un aviso por correo postal que confirmará la fecha de su audiencia e incluirá un número gratuito al que deberá llamar. Este aviso también explicará cómo presentar evidencia que respalde su caso. Si tiene un conflicto con la fecha, puede volver a programar su audiencia si tiene una causa justificada. Después de la audiencia o revisión, la SSA le enviará un aviso con la decisión final sobre su caso. Si sigue estando en desacuerdo con la decisión, puede presentar una apelación ante el Tribunal Federal de Distrito.

4. ¿Qué es un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica?

Muchos estados ofrecen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los residentes a pagar por los medicamentos recetados. Cada programa funciona de forma diferente. Los estados pueden coordinar sus programas de asistencia para medicamentos con la Parte D, el beneficio de medicamentos recetados de Medicare. Algunos SPAP requieren que usted se registre en la Parte D para ser elegible para la asistencia. En estos casos, si su SPAP y su plan de la Parte D cubren el medicamento, la cantidad que usted paga por sus medicamentos y la cantidad que SPAP paga contarán para la cantidad de su propio bolsillo que usted tiene que pagar antes de alcanzar la cobertura contra catástrofes (consulte el número 1). Los SPAP también pueden ayudar a pagar las primas, los deducibles y los copagos de su plan de la Parte D.

Algunos estados tienen SPAP calificados. Los SPAP calificados ofrecen un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) para permitirle inscribirse o hacer cambios en su cobertura de la Parte D o de Medicare Advantage. Contacte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para averiguar si su estado tiene un SPAP, si usted es elegible y cómo presentar la solicitud. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento. También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para [averiguar si su estado tiene un SPAP](#).

5. ¿Qué otros programas y recursos podrían ayudarme a ahorrar dinero en los costos de mis medicamentos recetados?

Además de Ayuda Adicional y los SPAP, puede haber otros programas para los que puede ser elegible, según sus circunstancias, para reducir la cantidad que está gastando en medicamentos recetados.

- **Programas de Asistencia para Pacientes (PAP, por sus siglas en inglés):** a través de un PAP, usted puede ser elegible para recibir medicamentos gratuitos o de bajo costo directamente con la compañía que los fabrica. En la mayoría de los casos, su médico debe presentar la solicitud por usted. No todos los PAP le permiten presentar una solicitud si usted es elegible para la Parte D.
- **Programas de beneficencia:** puede haber organizaciones de beneficencia que pueden ayudar a reducir los costos de sus medicamentos recetados. Si tiene la Parte D, la cantidad que la organización de beneficencia paga podría contar para los costos de su propio bolsillo. Los hospitales pueden tener una política de atención caritativa, bajo la cual sus ingresos determinan su copago final (usando una escala fluctuante). Para ser elegible, un médico debe haber escrito su receta en el hospital y esta debe haberse surtido en la farmacia del hospital. Dígame al farmacéutico del hospital que no puede pagar el copago y pregunte si es elegible para la asistencia con los medicamentos recetados. (Asegúrese de confirmar que la farmacia del hospital está dentro de la red). Las fundaciones y organizaciones caritativas de asistencia para pacientes también pueden ayudar. A continuación se encuentran solo algunos ejemplos. Muchos de

estos programas son para personas con ingresos limitados que tienen ciertas condiciones o enfermedades:

- [Fundación de Asistencia de Copagos de CancerCare](#)
 - [Good Days](#)
 - [La Fundación HealthWell](#)
 - [Organización Nacional de Enfermedades Raras \(NORD, por sus siglas en inglés\)](#)
 - [Fundación de la Red de Acceso al Paciente \(PAN, por sus siglas en inglés\)](#)
- **Programas de descuento para medicamentos recetados:** usted podría obtener los medicamentos que necesita a un precio reducido con los programas nacionales o locales de descuento. Tome en cuenta que no puede usar un programa de descuento para medicamentos recetados y la cobertura de la Parte D al mismo tiempo: debe seleccionar entre estos en la farmacia. Puede encontrar programas de descuentos para medicamentos recetados en sitios web como www.NeedyMeds.org o www.GoodRx.com. De manera similar, puede haber farmacias de descuento o costos más bajos. A menudo, estas farmacias no son parte de la red de su plan y, por lo tanto, usted tendrá que pagar la cantidad total, la cual puede o no ser menor al copago de su plan. Generalmente, las cantidades que usted paga cuando usa una tarjeta de descuento, un cupón o en una farmacia de descuento no contarán para los gastos de su propio bolsillo bajo su plan de la Parte D.
 - **Proveedores de la red de seguridad:** las farmacias en algunos hospitales financiados por el gobierno y centros comunitarios de salud pueden proporcionar medicamentos a costos más bajos o cobrarle de acuerdo con sus ingresos. Estos centros y clínicas incluyen los Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC, por sus siglas en inglés) y las Clínicas Rurales de Salud (RHC, por sus siglas en inglés). Algunos centros pueden exentar los copagos para los medicamentos cubiertos por su plan de la Parte D si solicita asistencia. Asegúrese de contactar directamente al centro para averiguar qué beneficios ofrece y qué costos pueden contar para alcanzar el límite de \$2,000.

6. ¿Qué estrategias puedo usar al hablar con mis proveedores, plan y farmacéuticos si no puedo pagar por mis medicamentos recetados?

Además de los programas antes mencionados, puede haber otras opciones para ayudarle a ahorrar dinero si está teniendo problemas para pagar por sus medicamentos recetados.

Pregunte a su médico:

- Sobre los medicamentos genéricos: Los medicamentos genéricos a menudo son menos costosos que los medicamentos de marca. Hable con su médico para averiguar si un medicamento genérico funcionará para usted.
- Sobre recibir muestras de su medicamento: esta es solo una solución temporal, ya que su médico puede no darle muestras durante mucho tiempo. Si está usando muestras, asegúrese de explorar otras opciones para recibir cobertura de medicamentos.

Pregunte a su plan:

- Sobre los medicamentos recetados por correo: si tiene Ayuda adicional y su plan de medicamentos tiene una opción de pedido por correo, usted puede ser elegible para obtener un suministro de 90 días de su medicamento recetado a un costo más bajo. Tome en cuenta que, con el pedido por correo, sus

medicamentos pueden tardar más en llegar que si usted fuera a la farmacia en persona. Surta sus medicamentos recetados con anticipación por correo.

- Para una excepción por niveles: si su plan de la Parte D está cubriendo su medicamento y su copago es costoso, es posible que ese medicamento esté en un nivel más alto. Una solicitud de excepción por niveles es una forma de solicitar costos compartidos más bajos (consulte el número 7).

Pida a su farmacia u hospital:

- Que exente su copago: las farmacias no pueden exentar sus copagos de forma rutinaria para las personas sin Ayuda Adicional, pero su farmacéutico puede exentar copagos según el caso. Dígame a su farmacéutico que no puede pagar el copago y solicite su exención. Si está buscando una farmacia que pueda exentar su copago, asegúrese de que sea parte de la red de su plan. Algunas farmacias exentan copagos de manera rutinaria para las personas con Ayuda Adicional. Pregunte a su farmacéutico si su farmacia hace esto.
- Acerca de la atención de beneficencia: los hospitales pueden tener una política de atención de beneficencia que puede reducir los copagos de sus medicamentos si usted no puede pagarlos. Bajo dicha política, sus ingresos determinan su copago final (usando una escala fluctuante). Para ser elegible, un médico debe hacer escrito su receta en el hospital y esta debe haberse surtido en la farmacia del hospital. Dígame al farmacéutico del hospital que usted no puede pagar el copago y pregunte si es elegible para la asistencia con los medicamentos recetados. Asegúrese de confirmar que la farmacia del hospital esté dentro de la red.

7. ¿Cómo puedo pedirle a mi plan que cubra mi medicamento o que lo cubra con un copago más bajo?

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos cubiertos de su plan, o si tiene un copago más alto porque está en un nivel más alto, usted puede apelar a su plan para solicitar que cubra el medicamento o que lo cubra con un costo compartido más bajo.

Solicitud de excepción de niveles: si su medicamento está en un nivel alto, usted puede presentar una solicitud de excepción de niveles para pedirle al plan que coloque el medicamento en un nivel más bajo. Tome en cuenta que esto no aplica si su medicamento está en un nivel especializado, en cuyo caso usted no puede solicitar una excepción de niveles.

- Su médico debe contactar al plan para averiguar cómo solicitar una excepción de niveles. Puede tener que llenar un Formulario de Solicitud de determinación de cobertura u otros trámites del plan. El médico también debe escribir una carta que explique que los medicamentos o el tratamiento para su condición que están en los niveles más bajos son dañinos o no son eficaces.
- El plan debe tomar una decisión dentro de las 72 horas siguientes a haber recibido la solicitud. Usted puede pedirle a su médico que solicite una apelación acelerada si usted o su médico cree que esperar el tiempo estándar para las decisiones podría poner en grave riesgo su salud. Si su plan aprueba la solicitud de apelación acelerada, debe tomar una decisión en un plazo de 24 horas.
- Si su plan deniega la solicitud de excepción por niveles, usted puede apelar la decisión siguiendo las instrucciones en el aviso que reciba. A este aviso se le llama Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Usted debe apelar en un plazo de 60 días a partir de la fecha del aviso de denegación.

Solicitud de excepción de la lista de medicamentos cubiertos: si su medicamento no está cubierto por la lista de medicamentos cubiertos de su plan, usted puede apelar por una excepción de la lista de medicamentos cubiertos para pedirle a su plan que cubra el medicamento.

- Puede contactar a su plan o pedirle a su médico que contacte a su plan y que pida una excepción. El plan le enviará a usted o a su médico los documentos, los cuales usted o su médico deben llenar y devolver. Usted debe tratar de incluir una carta de respaldo de su médico que explique que los otros medicamentos en la lista de medicamentos cubiertos del plan no serían eficaces o serían dañinos para su salud.
- El plan debe tomar una decisión dentro de las 72 horas siguientes a haber recibido la solicitud. Usted puede pedirle a su médico que solicite una apelación acelerada si usted o su médico cree que esperar el tiempo estándar para las decisiones podría poner en grave riesgo su salud. Si su plan aprueba la solicitud de apelación acelerada, debe tomar una decisión en un plazo de 24 horas.
- Si el plan deniega la solicitud de excepción de la lista de medicamentos cubiertos, usted puede apelar la decisión siguiendo las instrucciones en el aviso que reciba. A este aviso se le llama Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Usted debe apelar en un plazo de 60 días a partir de la fecha del aviso de denegación.

8. ¿Qué es el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (MPPP, por sus siglas en inglés)?

A partir de 2025, usted tiene la opción de inscribirse en un plan de pago para los costos de su propio bolsillo de la Parte D. El MPPP le permite distribuir los costos de sus medicamentos durante el año, con el objetivo de ayudarle a administrar sus gastos mensuales. Por ejemplo, si cree que alcanzará el límite anual de la Parte D rápidamente debido a medicamentos costosos, puede distribuir estos costos a lo largo del año, en lugar de pagar mucho en los primeros meses del año y nada en los meses posteriores del año.

Tome en cuenta que el MPPP no cambia ni reduce los costos de sus medicamentos. Sin embargo, puede ayudar a que los costos de sus medicamentos sean más manejables al distribuir los costos durante el año.

Los planes de la Parte D deben incluir información sobre el MPPP en sus materiales de comunicación, por ejemplo, avisos del plan o en su sitio web. No cuesta nada participar en el programa. Aunque puede participar en el programa en cualquier momento, es probable que no vea un beneficio significativo si participa en los últimos meses del año. Si cambia de planes de la Parte D a mediados de año, su participación en el MPPP terminará y debe participar con su nuevo plan.

Cuando usted se inscribe en el MPPP, su plan le informará a la farmacia sobre su elección. Usted debe pagar \$0 en la farmacia por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Su plan pagará el costo compartido al momento de la compra y le enviará facturas mensuales a usted por los costos compartidos. Usted no paga ninguna tarifa o interés, incluso si se retrasa en el pago.

9. ¿Qué es el fraude de medicamentos recetados?

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) ayuda a cubrir el costo de los medicamentos recetados; algunos medicamentos recetados también están cubiertos bajo la Parte B. Las estafas fraudulentas relacionadas con los medicamentos recetados pueden ocurrir en ambos programas, así que es importante estar alertas. Estos son algunos ejemplos:

- Ve cargos en su Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) o Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) por:
 - Medicamentos que nadie recogió, que nunca se entregaron o que ni siquiera fueron recetados.
 - Medicamentos (a veces medicamentos controlados como los opioides) que un médico a quien usted nunca ha visto recetó.
 - Medicamentos por una cantidad superior a la que le recetaron.
 - Un medicamento recetado diferente, a menudo uno más costoso, al que le recetaron.
 - Un medicamento que la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) no ha aprobado.
- Alguien ofrece pagarle por el uso de su número de Medicare para facturar por medicamentos recetados o le ofrece dinero en efectivo u otro pago por recoger medicamentos recetados en su nombre.
- Una compañía le ofrece medicamentos recetados "gratuitos" o "con descuento" sin la orden de un médico tratante y luego le factura a Medicare.

Es importante que lea sus estados de cuenta de Medicare y de su plan de la Parte D para detectar errores o cargos sospechosos. Esto podría incluir revisar sus estados de cuenta para asegurarse de que los medicamentos que recogió en la farmacia son el tipo y la cantidad que le recetaron.

Si nota algo preocupante en sus estados de cuenta de Medicare o con sus medicamentos, contacte a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) local. Su SMP puede ayudar y reportar el posible fraude y abuso ante las autoridades correspondientes. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

10. ¿A quién puedo contactar para obtener más ayuda?

Su médico: si está teniendo problemas para pagar sus medicamentos, trabaje con su médico para determinar si puede cambiar a una versión diferente del medicamento o solicitar una excepción por niveles a su plan.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): contacte a su SHIP si tiene preguntas sobre la cobertura de la Parte D o los programas de asistencia con los costos, por ejemplo, Ayuda Adicional o Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Los asesores del SHIP brindan asesoría y asistencia imparcial sobre Medicare. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SMP si cree que ha experimentado un posible fraude, error o abuso contra Medicare. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

Estudio de caso práctico de SHIP

Miriam tiene cobertura a través de un plan de medicamentos recetados de la Parte D, pero los costos de sus medicamentos son demasiado elevados y no puede pagarlos. Es soltera y sus ingresos son de \$1,230 al mes. Gasta aproximadamente \$200 al mes en el copago por solo uno de sus medicamentos, además de su prima de la Parte D.

¿Qué debe hacer Miriam?

- Miriam debe llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para pedir ayuda con la disminución de los costos de sus medicamentos.
 - Si Miriam no sabe cómo comunicarse con su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 o visitar www.shiphelp.org.
- El asesor hablará con Miriam sobre los programas para los cuales puede ser elegible que reducirán los costos de sus medicamentos.
 - Ya que los ingresos de Miriam están por debajo del límite de Ayuda Adicional, si sus bienes también son inferiores al límite, es probable que sea elegible para Ayuda Adicional. El asesor del SHIP hablará con ella sobre cómo presentar su solicitud para Ayuda adicional.
 - El asesor del SHIP también le informará a Miriam si su estado tiene un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica y si Miriam es elegible. De ser así, el asesor le dirá cómo presentar una solicitud.
- El asesor también se asegurará de que Miriam sepa cómo funcionan su plan y sus costos de medicamentos.
 - El asesor del SHIP puede asegurarse de que todos los medicamentos de Miriam estén incluidos en la lista de medicamentos cubiertos de su plan y que esté obteniendo sus medicamentos en una farmacia de la red. También puede hablar con Miriam sobre los diferentes niveles de cobertura de medicamentos en un plan de la Parte D. El asesor del SHIP o Miriam puede obtener más información sobre su plan de medicamentos al contactar directamente al plan o al usar el buscador de planes de Medicare.
 - Si los medicamentos de Miriam no están cubiertos, o si están cubiertos con altos costos compartidos, el asesor puede aconsejarle que hable con su médico acerca de encontrar medicamentos cubiertos o pedirle al plan una exención de la lista de medicamentos cubiertos o de niveles.
- El asesor también puede ayudar a Miriam a encontrar programas de asistencia para pacientes o cupones para su medicamento costoso en sitios web como www.NeedyMeds.org o www.GoodRx.com.

Estudio de caso práctico de la SMP

Roberto toma varios medicamentos cada mes, pero nota en su EOB del mes pasado que se le facturó a Medicare por dos medicamentos recetados adicionales a los que toma cada día. Recuerda que, hace poco durante una cita, algunos de sus medicamentos cambiaron. Aunque los nombres completos de los medicamentos no están incluidos, lo que está incluido son las primeras tres letras, seguidas de varios asteriscos. Roberto no recuerda los nombres de los medicamentos cambiados.

¿Qué debe hacer Roberto?

- Roberto debe comunicarse con el consultorio de su médico para confirmar qué medicamentos le recetaron.
- Si su EOB muestra medicamentos diferentes a los que le recetaron y a los que recibió, debe llamar a su farmacia para avisarles sobre el posible error.
- Si la farmacia no corrige el error, Roberto puede comunicarse con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda adicional.
 - Si no sabe cómo comunicarse con su SMP, puede llamar al 877-808-2468 o visitar www.smpresource.org.

- El integrante del equipo de la SMP ayudará a Roberto a reportar el posible fraude o abuso ante las autoridades correspondientes y le explicará cómo evitar el fraude, los errores y el abuso contra Medicare en el futuro.
- Si Roberto todavía tiene otras inquietudes sobre los costos de sus medicamentos, el integrante del equipo de la SMP puede ayudar a dirigirlo a programas como Ayuda Adicional o el SPAP de su estado, y explicarle que puede obtener más información sobre su elegibilidad y cómo presentar una solicitud al contactar a su SHIP local.

Información de contacto del SHIP local		Información de contacto de la SMP local	
Línea gratuita de SHIP: Correo electrónico del SHIP: Sitio web del SHIP: Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 y diga “Medicare” cuando se lo pidan o visite www.shiphelp.org .		Línea gratuita de la SMP: Correo electrónico de la SMP: Sitio web de la SMP: Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org .	
<i>Este documento está respaldado por la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), como parte de una concesión de ayuda económica con un total de \$2,534,081, de los cuales el 100 por ciento está financiado por ACL/HHS. El contenido pertenece al autor o autores y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales, ni el respaldo, de ACL/HHS ni del gobierno estadounidense.</i> Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 www.shiphelp.org info@shiptacenter.org Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 www.smpresource.org info@smpresource.org © 2025 Medicare Rights Center www.medicareinteractive.org <i>El Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center) es autor de ciertas secciones del contenido en estos materiales, pero no es responsable por ningún contenido que el Centro de Derechos de Medicare no haya creado.</i>			