

Opciones para recibir beneficios del Programa de Ahorros de Medicare (MSP)

Date:

Estimado cliente:

Usted recientemente sometió una solicitud a la Oficina de Administración del Seguro Social para solicitar ayuda adicional con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. En esa oportunidad usted acordó se le enviara su solicitud a la oficina de Medicaid del Estado de Nueva York para solicitar ayuda con los costos de Medicare.

Esto es para informarle que el Programa de Medicaid del Estado de Nueva York ha determinado que usted reúne los requisitos del Programa de Ahorros de Medicare. Sin embargo, la participación en el Programa de Ahorros de Medicare podría afectar los beneficios que usted está recibiendo actualmente. Sírvase leer el párrafo marcado que aparece abajo.

- Usted actualmente tiene derecho a recibir los beneficios completos de Medicaid, siempre y cuando continúe pagando su prima de Medicare Parte B. Sin embargo, si usted opta por participar en el Programa de Ahorros de Medicare (MSP, siglas en inglés) y elige que el Programa de Medicaid pague por su prima de Medicare y otros pagos de coaseguros, usted solamente tendrá derecho a recibir Medicaid bajo el Programa de Ingresos Excesivos de Medicaid. Bajo el Programa de Ingresos Excesivos de Medicaid, usted sólo puede recibir cobertura de Medicaid durante el mes en que sus factures médicas pagas o impagas igualen o sobrepasen el monto de sus ingresos mensuales excesivos de \$ _____. **Tendrá que proporcionar comprobantes que muestren que usted tiene gastos médicos mensuales que sean por lo menos iguales a ese monto, antes de que pueda recibir cobertura de Medicaid para las factures médicas restantes de ese mes.** En el formulario adjunto "Explicación del Programa de Ingresos Excesivos", lea información sobre ese programa.

EN ALGUNAS CIRCUMSTANCIAS, EL PROGRAMA DE MEDICAID NO CUENTA LOS INGRESOS QUE SE PONEN EN UN FIDEICOMISO DE NECESIDADES SUPLEMENTARIAS. LEA EL DOCUMENTO ADJUNTO DE "EXPLICACIÓN DEL EFECTO DEL FIDEICOMISO EN LA ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID" (EXPLANATION OF THE EFFECT OF TRUSTS ON MEDICAID ELIGIBILITY). ESTA INFORMACIÓN TAMBIÉN ESTÁ DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL DEPARTAMENTO: https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

- Si usted ya participa en el Programa de Ingresos Excesivos de Medicaid. **Si usted elige que el Programa de Ahorros de Medicare pague su prima de Medicare, y posiblemente otros pagos de coaseguros, el monto de ingresos mensuales excesivos de Medicaid aumentará de \$ _____ a \$ _____.** Tendrá que proporcionar comprobantes que muestren que tiene gastos médicos mensuales que

sean por lo menos iguales a este nuevo monto, antes de que usted pueda recibir cobertura de Medicaid para los gastos médicos restantes de ese mes.

- Si usted ya participa en el Programa de Ingresos Excesivos de Medicaid. Usted también tiene derecho a que se le pague su prima de Medicare Parte B por medio del Programa de Ahorros de Medicare como individuo habilitado (Programa QI). Sin embargo, es probable que no reciba ambos programas, el Programa QI y el Programa de Ingresos Excesivos de Medicaid. Usted puede sólo elegir uno. Si decide no participar en el Programa de Ahorros de Medicare, usted continuará inscrito(a) en el Programa de Ingresos Excesivos de Medicaid.

Para muchas personas, la cobertura completa de Medicaid por medio del Programa de Ingresos Excesivos de Medicaid es la mejor cobertura. Sin embargo, si usted no tiene muchas facturas médicas mensuales que no sean pagadas por Medicare, es probable que prefiera inscribirse en el Programa de Ahorros de Medicare, el cual pagará su prima de Medicare Parte B mensualmente mientras que usted continúe reuniendo los requisitos del Programa de Ahorros de Medicare.

NOTA: si actualmente recibe beneficios de cupones para alimentos y decide participar en el Programa de Ahorros de Medicare, es probable que se reduzcan sus beneficios de cupones para alimentos.

A partir del 29 de agosto de 2012, toda referencia al Programa de Cupones para Alimentos en esta notificación se estará refiriendo al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés). Así mismo, toda referencia a beneficios de Cupones para Alimentos o Cupones para Alimentos (FS), querrá decir beneficios o subsidio SNAP.

Si desea participar en el Programa de Ahorros de Medicare, escriba su nombre en letra de molde, firme y feche el formulario y devuélvalo a la dirección del condado que aparece arriba, a más tardar el _____.

Si usted no regresa este formulario para la fecha indicada arriba, sus beneficios de Medicaid continuarán sin ningún cambio.

Entiendo las opciones que tengo disponibles y quiero participar en el Programa de Ahorros de Medicare.

Nombre en letra de molde

Fecha

Firme aquí: