Medicaid Spend-down

¿Qué es?

Spend-down es una prestación que permite que una persona cuyo ingreso excede el estándar pueda recibir algo de asistencia con las facturas médicas de acuerdo con Medicaid. La cantidad del spend-down es la cantidad de los gastos médicos por los que Medicaid no pagará *mensualmente*.

Cuando el ingreso del solicitante de Medicaid excede el ingreso estándar, se requiere una prueba de los gastos médicos. La persona es elegible para Medicaid con un spend-down si los gastos médicos que no están sujetos a o son pagados por el seguro exceden la cantidad de spend-down.

¿Cómo funciona?

A partir del 1 de enero de 2006, spend-down funciona como el deducible de un seguro. Los suministradores médicos presentan sus reclamos de servicios con Medicaid y se deduce la cantidad de spend-down. Se presenta un reclamo a Medicaid después de que Medicare u otro seguro lo haya procesado. Después de que la cantidad del spend-down ha sido pagada en un mes, Medicaid pagará por todos los otros servicios cubiertos. En algunas pocas situaciones, los miembros deberán suministrar las facturas o recibos a su Oficina local para los Recursos de la Familia. Estos gastos son transmitidos a la computadora de Medicaid para pagar el spend-down.

Este folleto contiene información que usted, como miembro de Medicaid, necesita conocer sobre el spend-down. Al comienzo le parecerá que hay mucho material para leer y entender y, posiblemente, tenga una gran cantidad de preguntas. Guarde este material para poder usarlo como guía a medida que tenga preguntas. Si necesita otra copia podrá obtenerla en su Oficina local para los Recursos de la Familia.

CONTENIDO DE ESTE FOLLETO

Definición de términos comunes	Página 2-3
Ejemplos y preguntas más frecuentes	Página 3-5
Gastos presentados a la Oficina local para los Recursos de la Familia	Página 5-6
Aviso del Sumario de Medicaid Spend-down	Página 6-10
Ayuda con los problemas y las preguntas	Página 10
Spend-down y Medicare Rx (Medicamentos recetados)	Página 10-11

Definiciones

1. Reclamo – Cuando usted recibe un servicio médico su suministrador presenta un "reclamo" al Indiana Medicaid Program (Programa de Medicaid de Indiana) para poder recibir el pago del mismo. Los reclamos pueden presentarse electrónicamente o en un formulario por escrito. Los suministradores reciben la información de Medicaid que les muestra cómo fue procesado su reclamo y cuánto, si correspode, pueden facturar al miembro para su obligación de pago de spend-down.

2. No-reclamo – Estos son gastos médicos que deben presentarse a la Oficina local para los Recursos de la Familia. Se les denomina "no-reclamos" porque no pueden presentarse como reclamos regulares al Medicaid program. La página 5 tiene más información sobre los no- reclamos.

3. Pagar el spend-down – Este es el proceso de contraer los gastos médicos permitidos durante un mes hasta su spend-down. Medicaid pagará los servicios cubiertos después de que se pague su spend-down. Algunas frases similares que usted posiblemente escuche son "crediting spend-down" y "applied to spend-down". Cuando la computadora de Medicaid procesa un reclamo(o un no-reclamo, primero hace una revisación para ver si se ha pagado el spend-down. Si no se ha pagado, la cantidad de gastos médicos "acredita el spend-down" o se "aplica al spend-down". Este proceso determina cuánto le deberá usted a cada uno de sus suministradores médicos cuyos reclamos se usaron para pagar su spend-down.

4. QMB – Este es un tipo de Medicaid que paga las primas de Medicare Parte A y Parte B, co-seguro y deducibles. QMB significa Qualified Medicare Beneficiary (Beneficiario calificado de Medicare). Algunos miembros tienen QMB Medicaid solamente. Sin embargo, algunos miembros de spend-down tienen la cobertura de QMB a*demás de* Medicaid regular. Los miembros con ambos tipos de Medicaid tendrán sus gastos de bolsillo por los servicios de Medicare pagados por QMB, no Medicaid spend-down. Los suministradores facturarán primero a Medicare y luego el reclamo es dirigido a Medicaid. Cualquier balance restante está cubierto por QMB, de manera que no hay gastos a ser aplicados al spend-down. Si usted no está seguro si es un QMB, comuníquese con su trabajador del caso de su Oficina local para los Recursos de la Familia.

5. Spend-down para la pareja – Cuando tanto el esposo como la esposa están en Medicaid spend-down tienen *un* spend-down para ambos. Cuando uno de ellos tiene un servicio médico, la cantidad del gasto se acredita automáticamente a ambos cónyuges.

6. Medicaid con cobertura total – Esto se refiere al paquete de beneficios del miembro de acuerdo con Medicaid. Un miembro con cobertura total puede acceder a todos los servicios cubiertos por Medicaid.

7. Cobertura para casos de emergencia únicamente – Esto se refiere a los servicios limitados que tienen algunos inmigrantes de acuerdo con Medicaid. Con esta cobertura el miembro puede o no tener un spend-down.

8. Aviso del Sumario de Medicaid Spend-down – El segundo día laborable de cada mes se emiten Avisos del Sumario de Spend-down para los miembros que han tenido servicios médicos aplicados a su spend-down durante el mes anterior. Después de haberse pagado el spend-down del mes, los reclamos que paga Medicaid por los servicios de ese mes no se muestran en el Aviso del Sumario de Spend-down. La página 6 tiene más información sobre estos avisos.

Ejemplos y Preguntas más frecuentes

A continuación se presenta un ejemplo sencillo sobre cómo funciona el spend-down. Este ejemplo es válido para cualquier miembro.

ED

Ed recibe Seguro Social por Discapacidad pero no ha estado cobrando durante el tiempo suficiente como para tener derecho a Medicare. Su Medicaid spend-down es $55. Él toma 4 medicamentos recetados. El 4 de enero llama para solicitar una reposición de medicamentos y va a la farmacia para recogerlos. Su farmacéutico le cobra $55 más $9.00 de copago. Esto es lo que ocurrió:

Rx 1: El costo era $75. Se aplicaron $55 spend-down de Ed a su receta. Se incluyó el copago de $3.00. Medicaid pagó el resto del costo de la receta.
Rx 2: El costo era $78.00. Medicaid pagó por esto. Ed debe $3.00 de copago.
Rx 3: El costo era $14.00. Medicaid pagó por esto. Ed debe $3.00 de copago.
Rx 4: El costo era $54.00. Medicaid pagó por esto. Ed debe $3.00 de copago.

Los $9.00 de copagos se transfieren al spend-down del mes siguiente. En febrero, cuando Ed recibe sus reposiciones de medicamentos, su balance inicial de spend-down es de $46.00 porque los $9.00 de copagos de enero ya han sido deducidos.

El próximo ejemplo será útil para los miembros de la cobertura QMB.

NELL

Nell tiene QMB y cobertura completa de Medicaid con un spend-down de $115. El 6 de febrero va a su médico. No se le cobra por esta visita. Medicare pagará parte de ella y QMB Medicaid pagará el resto. Su médico solicitó una radiografía y ella va al hospital al día siguiente para que se la tomen. El departamento de radiología del hospital no le cobra porque Medicare cubrirá el servicio y QMB Medicaid cubrirá lo que Medicare no pagó. Más adelante durante el mes, Nell va al dentista. Ella sabe que Medicare no cubrirá esta visita y sabe que no ha pagado su spend-down para el mes. Su consultorio dental le dice que le enviarán la factura a Medicaid y después de conocer cuánto del costo se aplicó al spend-down le enviarán una factura a Nell. Además, el consultorio dental le explica que espera que Nell les pague cuando reciba el Aviso del Sumario de su Spend-down. Este aviso mostrará cómo los gastos médicos de Nell se aplicaron a su spend-down y la cantidad que sus suministradores le pueden facturar a ella.

Nell entiende que ella deberá $115 a sus suministradores médicos. Para el mes de febrero su único gasto de bolsillo para la atención médica fue su atención dental. Cuando llegue por correo su Aviso del Sumario del Spend-down mostrará que ella debe $115 a su dentista del costo total de $214.34.

Pregunta: He estado en spend-down durante varios meses. No tengo Medicare. Obtengo la reposición de parte de una de mis recetas para alcanzar mi spend-down y pagarle al farmacéutico. Mi farmacéutico le envía por fax el recibo a mi empleado de spend-down. Luego tengo que esperar hasta que la fecha en vigor sea ingresada a la computadora para que yo pueda ir y obtener el resto de mi medicamento. A partir de enero ¿qué se me cambiará?

Respuesta: El proceso será mucho más fácil. Lo único que tiene que hacer es ir a la farmacia y su farmacéutico se ocupará de todo. Usted no tendrá que ir 2 veces a la farmacia o esperar hasta que se ingrese a la computadora la fecha en vigor. Vuelva al ejemplo de Ed en la página 3. Así funcionará el spend-down en esta situación.

Pregunta: Tengo QMB Medicaid y un spend-down. Recibo oxígeno y la factura de la renta del tanque se faxea a mi empleado de spend-down cada mes para reunir mi spend-down. Yo no pago por esto. Después de que la fecha en vigor se ingresa en la computadora, yo puedo ir a obtener mi medicamento y Medicaid paga. ¿Qué cambiará para mí en enero?

Respuesta: Las reglas cambian de modo que usted ya no puede usar más un gasto para pagar su spend-down si usted no tiene la responsabilidad del gasto. En este caso, Medicare cubre parte del gasto del oxígeno y QMB Medicaid paga el resto. Lea el ejemplo de Nell. Además, recuerde que Medicare Rx comenzará a cubrir sus recetas. La página 10 tiene información sobre cómo spend-down y Medicare Rx funcionan conjuntamente.

El siguiente ejemplo muestra cómo un no-reclamo del cónyuge del miembro se aplica al spend-down.

BART

El spend-down de Bart es $180. Él paga su spend-down cada mes con terapia física y asesoría. Su esposa Betty trabaja pero no tiene ningún seguro. En febrero Betty va al médico. El costo es $100. En marzo Bart lleva las facturas de Betty a su empleado de spend-down en la oficina del condado para los Recursos de la Familia. Él le dice que los aplique para abril. Esto es lo que ocurre:

1 de abril	El balance del spend-down de Bart se reduce a $80 porque $100 de no-reclamo se aplicó al spend-down.
10 de abril	La visita bisemanal de Bart al terapeuta cuesta $120.
4 de mayo	Bart recibe su Aviso del Sumario de Spend-down mensual e indica que le debe $80 a su terapista. ($100 de su spend-down ya fue acreditado con el gasto de su esposa). El resto de la factura fue cubierta por Medicaid.

Pregunta: Yo pago una prima del seguro de salud. ¿Recibo crédito por esto para pagar mi spend-down?
Respuesta: Sí. Las primas del seguro de salud se deducen automáticamente para determinar el spend-down de un miembro. Usted no tiene que mostrar prueba de que pagó su prima cada mes. Sin embargo, si por alguna razón usted decide dejar su seguro de salud o cambia la cantidad de la prima, usted es responsable de avisarle a su trabajador del caso dentro de un período de 10 días.

Gastos que se presentan a la Oficina local para los Recursos de la Familia
"NO-RECLAMOS"

Determinados tipos de gastos médicos no pueden presentarse directamente al Programa de Medicaid. Estos se denominan "no-reclamos ("non-claims", en inglés). La documentación de estos no-reclamos debe ser entregada a la Oficina local para los Recursos de la Familia con el propósito de pagar el spend-down. La mayoría de las oficinas locales tiene un empleado de spend-down para realizar este trabajo. Sin embargo, en algunos casos los trabajadores del caso pueden hacerlo. De manera que deberá asegurarse de preguntarle a su trabajador del caso sobre cómo presentar los no-reclamos.

Para que un gasto médico de no-reclamo se use para el spend-down, usted deberá presentar una factura o recibo mostrando su responsabilidad por el gasto. Para los servicios que están sujetos al pago por parte de Medicare u otro seguro, se permitirá el gasto restante que Medicare u otro seguro haya pagado con respecto al reclamo. Si se presenta una declaración del suministrador antes de que éste presente el reclamo a otro seguro, el gasto no será permitido.

Tipos de no-reclamos:

- Servicios médicos pagados por un programa estatal o local, como CHOICE o asistencia del Fideicomisario del municipio. Para estos gastos deberá presentarse documentación del suministrador del servicio y deberá tener una declaración del suministrador señalando que él o ella facturará al programa estatal o local, no Medicaid.
- Servicios médicos recibidos de un suministrador que no participa en el programa de Medicaid;
- Servicios médicos recibidos por cónyuges y parientes no miembro cuyos ingresos se usaron para determinar el spend-down;
- Facturas por servicios médicos recibidos antes de que el miembro se convierta en elegible para Medicaid;
- Co-pagos requeridos por otra cobertura de seguros y Medicare.

¿Cuándo un no-reclamo acredita spend-down?

Un no-reclamo acreditará automáticamente spend-down para el mes después que usted entregue la factura o el recibo a su Oficina para los Recursos de la Familia. Lea el ejemplo de Bart en la página 5. *Sin embargo,* usted podrá decirle al empleado de spend-down o al trabajador del caso que usted quiere que la factura acredite spend-down en el mes del servicio o en el mes en que usted lo entregue.

¿Cómo decide usted en qué mes acredita el reclamo spend-down por un no-reclamo?

Se presentan algunos consejos que podrían ayudarle:

1. Si usted paga su spend-down cada mes con sus propios gastos médicos, entonces, por lo general, es mejor dejar que el sistema aplique un no-reclamo al mes después que usted lo presenta. De ese modo se reducirá su balance de spend-down como primera cosa ese mes y usted deberá menos de sus propias facturas médicas.
2. Si usted sabe que no pagará su spend-down el siguiente mes, entonces no le será útil que usted aplique el no-reclamo a ese mes.
3. Si su spend-down ya está pagado para el mes en curso, podría ser más útil para usted que el no-reclamo se aplique al mes siguiente.

Aviso del Sumario de Medicaid Spend-down

Los Avisos del Sumario de Medicaid Spend-down se emitirán el segundo día laborable del mes. Si Medicaid procesó los reclamos o no-reclamos de spend-down para usted en el mes previo, usted recibirá el Aviso. **Guarde sus Avisos del Sumario de Spend-down.** Compárelos con las facturas de pago que sus suministradores le envían. Cuando usted tenga su cita de redeterminación anual con su trabajador del caso será útil que lleve sus Avisos.

La parte principal del Aviso es el cuadro para cada mes en el que usted recibió los servicios que procesó Medicaid para su spend-down en el mes previo. El cuadro(s) mostrarán exactamente cómo se aplicaron sus gastos médicos al spend-down y cuánto le debe usted a sus suministradores médicos. Sus suministradores médicos le pueden facturar a usted la cantidad en la columna “Cantidad aplicada al spend-down”.

¿Cuándo pueden los suministradores facturar a los miembros por los servicios recibidos?

Las farmacias pueden facturar y esperar el recibo del pago de parte suya cuando usted recoja su medicamento. El sistema que usan procesa reclamos instantáneamente y, en ese momento, saben cuánto debe usted por la factura farmacéutica para pagar su spend-down. Otros suministradores le pueden facturar cuando reciban su aviso de Medicaid sobre la cantidad que fue aplicada a su spend-down. Ellos pueden esperar el recibo del pago *después* de que usted haya recibido su Aviso del Sumario de Medicaid Spend-down que muestra la cantidad aplicada a su spend-down por el servicio. Si un suministrador tiene una política general para *todos* los pacientes que dice que el servicio será negado para la persona que tenga una factura sin pagar, dicha política no puede ser aplicada a un miembro de Medicaid spend-down antes de que el miembro reciba el Aviso del Sumario de Spend-down.

Pregunta: Yo no recibí el Aviso del Sumario este mes. ¿Hay algo mal?
Respuesta: Usted recibirá un Aviso únicamente si sus suministradores presentaron reclamos el mes anterior al que usted recibió el aviso. Por ejemplo: si usted tiene Medicare, sus suministradores primero le facturarán a Medicare. Transcurrirá, posiblemente, un mes o dos antes de que el reclamo sea presentado a Medicaid para ser aplicado a su spend-down. Así que puede ser que usted no reciba un Aviso del Sumario cada mes.

Pregunta: Mi médico me envió una factura pero el servicio que recibí de parte de él pero no se mostró en mi Aviso del Sumario de Spend-down. ¿Qué debo hacer?
Respuesta: Comuníquese con la oficina de su médico. Sus suministradores podrían recibir un aviso sobre la cantdidad de su reclamo aplicada a su spend-down antes de la emisión de los Avisos del Sumario de Spend-down. Puede depender del programa de sus ciclos de facturación. Sin embargo, ellos saben que no pueden esperar recibo de pago de parte suya hasta que usted reciba el aviso. Si usted no puede resolver asuntos como este con su suministrador, por favor llame al Servicio para Miembros al 1-800-457-4584 (número gratuito) o al (317)713-9627 (área de llamados de Indianapolis).

Pregunta: Después del pago de mi spend-down de un mes ¿los gastos que paga Medicaid se mostrarán en mi Aviso del Sumario de Spend-down?
Respuesta: No. El Aviso del Sumario de Spend-down lista únicamente los reclamos que fueron procesados para el spend-down.

Pregunta: ¿Qué debo hacer si después de consultar a mi suministrador médico y Servicios para Miembros aún estoy en desacuerdo sobre cómo se aplicó un gasto a mi spend-down?
Respuesta: Usted tiene derecho a presentar una apelación y tener una audiencia imparcial con un Juez especialista en Leyes administrativas. El Aviso del Sumario de Spend-down le dice cómo presentar una apelación.

Pregunta: Tengo un Poder notarial para mi madre para ocuparme de todos sus asuntos, incluyendo Medicaid. ¿Recibiré los Avisos del Sumario de Spend-down?
Respuesta: Sí. Los Avisos se envían por correo a los representantes autorizados de los miembros de Medicaid. Si usted no recibe los Avisos, comuníquese con su trabajador del caso en la Oficina para los Recursos de la Familia y asegúrese de que usted está en la lista de elegibilidad en la computadora para recibir los Avisos. Mantenga actualizado a su trabajador del caso con respecto a cualquier cambio de dirección.

A continuación se presenta un ejemplo del cuadro en el Aviso del Sumario de Medicaid Spend-down que muestra cómo se aplican los gastos médicos al spend-down.

Gastos médicos procesados para su Spend-down (mes/año)

En este ejemplo, el Aviso del Sumario de Spend-down se recibe en abril y es por los gastos procesados en marzo para el spend-down de marzo.

(1) Fecha del servicio	(2) Fecha del procesa-miento	(3) Suministrador /Servicio	(4) Cantidad a cobrar	(5) Pagado por otro seguro	(6) Facturado a Medicaid	(7) Cantidad aplicada al Spend-down	(8) Ver Sección Notas	(9) Crédito futuro	(10) Reembol-so posible
01-05-06	03-01-06	L. Brown,M.D. Visita del cónyuge al consultorio	$100.00			$100.00	N		
03-04-06	03-04-06	B. Pharmacy 222 Apple Dr. Cualquier sitio Receta	$53.39	$0.00	$53.39	$50.39	F		
03-04-06	03-04-06	B. Pharmacy 222 Apple Dr. Anytown Co-pago	$3.00	$0.00	$0.00	$3.00	C		

1) Fecha de servicio
   Esta es la fecha en que usted recibió el servicio médico.

2) Fecha de procesamiento
   Esta es la fecha en que la computadora procesó el reclamo del suministrador y determinó cuánto pagaría Medicaid y cuánto debería aplicarse a su spend-down. Si el gasto es un no-reclamo que usted entregó a su Oficina local para los Recursos de la Familia, esta fecha será la fecha en que la computadora de Medicaid colocó la cantidad a su spend-down.

3) Suministrador/Servicio
   Esta columna muestra el nombre y dirección del suministrador del servicio. A veces la misma puede ser un edificio corporativo o el nombre del grupo médico del que es parte el suministrador. Si no reconoce el nombre o la dirección en esta columna, por favor comuníquese con su suministrador. Además, esta columna tendrá una breve descripción del servicio.

4) Cantidad cobrada
   Esta es la cantidad que el suministrador cobra por el servicio. Si Medicare u otro seguro ha pagado o pagará, este es el cargo por el servicio antes del pago.

5) Pagado por otro seguro
La cantidad pagada por Medicare u otro seguro se mostrará en esta columna. Compare esta cantidad con la explicación de beneficios o el aviso que usted recibió de Medicare u otro seguro. Cualquier cantidad por encima de la cantidad permitida por Medicare u otro seguro, a veces llamada "cancelada" ("write off", en inglés) no aparecerá en su Aviso del Sumario de Spend-down.

6) Facturado a Medicaid
Esta columna muestra la cantidad que fue facturada al programa de Medicaid. Si Medicare u otro seguro no cubrió el servicio, la cantida listada será el cargo completo del suministrador. Si Medicare u otro seguro primero pagó el reclamo, la cantidad en esta columna será la cantidad restante. Para los no-reclamos esta columna aparecerá en blanco.

7) Cantidad aplicada al Spend-down
Esta es la cantidad que su suministrador le puede facturar. Cuando Medicaid procesó este reclamo usted aún no había pagado su spend-down. Compare esta cantidad con lo que su suministrador le facturó por el servicio. Su suministrador no tiene permitido facturarle más de lo que se aplicó a su spend-down.

8) Ver Sección Notas
Esta columna puede mostrar letras como A, B, C, etc. Si hay una letra en esta columna usted necesita revisar la Sección Notas. Hay una sección del Aviso del Sumario de Spend-down llamada "Sección Notas". La misma mostrará una explicación breve de la información sobre el reclamo específico. En el ejemplo arriba mencionado, la Sección Notas sería similar a esto:

Sección Notas:

N Este es un gasto de no-reclamo que usted suministró a su Oficina local para los Recursos de la Familia.

F La cantidad de co-pago para este servicio está detallada en un renglón separado.

C Esta cantidad de co-pago está detallada en el Aviso del Sumario como un ítem separado y es parte del gasto médico total para el servicio que usted recibió.

La Nota "N" se muestra para el servicio del Dr. Brown porque fue un no-reclamo que usted suministró a su Oficina para los Recursos de la Familia. En este ejemplo el servicio fue en enero, el miembro presentó la factura en febrero y le dijo a su empleado de spend-down que la aplique al spend-down de marzo.

Nota "F" se muestra para la Farmacia B porque hubo un co-pago para este servicio.

La Nota “C” explica que la cantidad en la columna es el co-pago que fue cobrado para el gasto de la Farmacia B.

9) Crédito futuro

Cualquier cantidad mostrada en esta columna ha sido transferida al período siguiente para ser aplicada al spend-down en un mes futuro. Generalmente se aplicará al mes próximo.

10) Posible reembolso

Si se hicieron cambios a los reclamos procesados previamente y usted podría hacerse acreedor del recibo de un reembolso del suministrador, la cantidad del reembolso estará en esta columna. Se listará una “Nota” en el Aviso del Sumario de Spend-down explicando la razón del reembolso. Esto puede ocurrir si su cantidad de spend-down fue reducida, usted entregó un no-reclamo para el mes o el sistema hizo una corrección del procesamiento del reclamo. También se le avisa a su suministrador cuando esto ocurre.

Ayuda con problemas y preguntas

Estos nuevos cambios harán que los procedimientos de spend-down sean más eficientes a partir del 1 de enero de 2006. Con cualquier cambio significativo como éste probablemente habrá preguntas cuando usted comience a recibir sus Avisos del Sumario de Spend-down y las facturas del suministrador. Hay especialistas que podrán ayudarle. Llame al Servicio para Miembros al 1-800-457-4584 (número gratuito) o (317)713-9627 (área de llamadas en Indianapolis).

Spend-down y Medicare Rx

Las nuevas disposiciones y procedimientos de spend-down coinciden con el inicio del nuevo beneficio para medicamentos recetados de Medicare, Medicare Rx, el 1 de enero de 2006. Si usted pagó su spend-down de acuerdo con el “viejo sistema” en agosto, septiembre, octubre, noviembre o diciembre de 2005, se le registrará en Medicare Rx (Medicare Parte D) para todo el año 2006. Usted puede aceptar el plan que le selecciona el gobierno federal o seleccionar uno distinto. Asegúrese de seleccionar el plan de beneficios para medicamentos apropiado que cubra los medicamentos que está tomando.

Además, si usted pagó su spend-down en agosto – diciembre de 2005, es automáticamente elegible para el año 2006 para “*Extra Help*” o “*Ayuda adicional* “(subsidio para gente con bajos ingresos) que paga las primas, deducibles e intervalos de cobertura del beneficio para medicamentos recetados de Medicare. Su elegibilidad para Medicare Rx *Extra Help* continuará durante el 2006 aún si pierde su Medicaid.

Yo no alcancé mi spend-down en agosto-diciembre de 2005. ¿Qué debo hacer?

Lo primero que debe hacer es saber o enterarse si usted tiene o no beneficios de acuerdo con el Medicare Savings Program o Programa de Ahorros de Medicare, como un "QMB" o "SLMB". Su trabajador del caso o empleado de spend-down en la Oficina para los Recursos de la Familia le podrá informar al respecto. Si usted tiene esta cobertura entonces es elegible, automáticamente, para la "*Ayuda adicional*". Usted no tendrá una cobertura para medicamentos recetados si no se registra en un plan de Medicare Rx o paga su spend-down. Usted podrá seleccionar un plan de Medicare Rx cuando comience el registro abierto el 15 de noviembre de 2005.

Si usted no es elegible para el Medicare Savings Program, comuníquese con Social Security Administration (SSA) y regístrese para Medicare *Extra Help*, si aún no lo hizo. Comuníquese con ellos llamando al 1-800-772-1213, regístrese en línea www.socialsecurity.gov, o visite su oficina local de SSA.

Si pago mi spend-down de la "nueva forma" en 2006, ¿seré elegible para la *Ayuda adicional?*

Sí, para el resto del año.

Cuando tenga Medicare Rx, ¿mis medicamentos recetados todavía se usarán para pagar mi spend-down?

Generalmente no. La ley federal no permite que Medicaid pague por los medicamentos recetados aprobados por Medicare. De acuerdo con las disposiciones de spend-down, si un gasto médico está sujeto al pago por Medicare, no puede usarse para pagar el spend-down. La excepción es que Indiana Medicaid cubrirá los medicamentos excluidos por Medi*care* cubiertos por Medi*caid*. Los medicamentos de venta libre son un ejemplo. Los co-pagos que usted deberá de acuerdo con su plan Medicare Rx pueden usarse para su spend-down. Lleve sus facturas o recibos a su Oficina local para los Recursos de la Familia, como se explica en la página 5.

Los cambios de
Medicaid Spend-down
comienzan el
1 de enero de 2006