

Gracias por su interés en Prescription Advantage, el programa de medicamentos de venta con receta patrocinado por el estado y administrado por la Oficina Ejecutiva para Asuntos Relacionados con las Personas de la Tercera Edad (EOEA, *Executive Office of Elder Affairs*) del Commonwealth de Massachusetts. La información a continuación brinda instrucciones detalladas para completar el *Formulario de solicitud de Prescription Advantage* en línea. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Servicio al cliente de Prescription Advantage al 1-800-243-4636, o TTY (línea gratuita) al 1-877-610-0241 habilitado para teléfono de texto para personas sordas o con dificultades de audición. Los representantes pueden ayudarle de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p.m.

## Información general

- Toda información seguida de un \* debe completarse.
- Si usted y su cónyuge son solicitantes, cada uno debe completar un formulario por separado.
- La Guía de *Tarifas de Prescription Advantage* proporciona información importante sobre los beneficios de Prescription Advantage. Usted puede imprimir una copia de la guía y tenerla a mano como referencia al completar el formulario. Haga clic en la Guía de *Tarifas de Prescription Advantage*.
- Prescription Advantage usa el ingreso anual bruto por grupo familiar para determinar la categoría de afiliación adecuada. Los tipos comunes de ingreso incluyen Seguro Social, empleo, pensiones, anualidades, dividendos o intereses, desembolsos de ahorros jubilatorios, ganancias de capital, desempleo, alquiler y manutención. Usted debe presentar constancia de todo ingreso que reciba. Consulte *Documentación de ingresos* para obtener una lista de documentos aceptables como constancia de sus ingresos.
- Haga copias de todos los documentos, como declaraciones de impuestos federales y/o formularios 1099, que debe enviar a Prescription Advantage. No se le pueden devolver los documentos originales.
- Usted puede autorizar a alguien para que tenga acceso a su Información Protegida de Salud si completa un formulario de autorización. Se pueden designar representantes en cualquier momento. Si usted desea nombrar un representante, comuníquese con Servicio al cliente o haga clic en el enlace de *Formularios de Autorización de Representantes* para imprimir una copia del documento que se necesita para designar un representante.
- Puede solicitar una copia impresa de este documento en otro idioma. Se ofrecen servicios de interpretación para personas que no hablan inglés. Llame al Servicio al cliente de Prescription Advantage para obtener más información.

### Mensaje importante

Los solicitantes que son elegibles para Medicare pueden **solicitar** Prescription Advantage si aún no están inscritos en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare. No obstante, los solicitantes deben estar inscritos en un plan acreditable o de Medicare de cobertura de medicamentos de venta bajo receta antes de que puedan recibir beneficios de Prescription Advantage.

## Para comenzar a completar la solicitud:

Responda Sí o No a la primera pregunta. Se le podría solicitar información adicional.

## Información del solicitante:

Esta sección proporciona información sobre el solicitante. Si tanto usted como su cónyuge desean solicitar beneficios, deben completar formularios de solicitud por separado.

## Información de residencia y contacto:

Proporcione su información de domicilio principal, dirección postal (si es distinta de su domicilio principal) e información de contacto telefónico. Podría requerirse información adicional.

- Prescription Advantage está disponible únicamente para aquellos cuya residencia principal está en Massachusetts. Una residencia principal es aquella en la que usted vive por al menos seis (6) meses durante el año calendario. No se puede indicar una casilla de correo postal como dirección de residencia principal.  
*Si usted a veces reside en otro lugar (por ejemplo, deja el estado durante el invierno), debe informarnos a servicio al cliente antes de salir de viaje para que podamos actualizar su dirección postal en caso de que necesitemos contactarlo. También debe informar a servicio al cliente al regresar a su domicilio principal.*
- Los teléfonos celulares no se consideran un medio seguro para transmitir información personal. Por su protección, sugerimos que no proporcione un número de teléfono celular. Si la única manera de comunicarnos con usted es por teléfono celular, tenga en cuenta que cualquier información personal de la cual se habla podría no estar segura.

## Información del grupo familiar:

Esta sección proporciona información sobre su grupo familiar.

- Responda Sí o No a la pregunta sobre un cónyuge. Usted puede nombrar a su cónyuge como persona designada en su cuenta. Esto nos permitiría hablar con su cónyuge si usted no está disponible. Se le podría solicitar información adicional.
- Indique el número de familiares, además de su cónyuge, que residen en su vivienda y dependen de su apoyo financiero al menos por la mitad. Los familiares podrían incluir a cualquier persona relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción.

## Otra cobertura de medicamentos de venta bajo receta:

Esta sección incluye preguntas sobre su cobertura de medicamentos de venta bajo receta. Se le podría solicitar información adicional.

## Bienes:

Esta pregunta nos permite determinar si usted es elegible para Ayuda Adicional o para el Programa MassHealth Buy-In, también conocido como el Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Usted podría ser elegible para uno o ambos programas si cumple con los siguientes requisitos:

### Ayuda Adicional

Individual: El ingreso anual bruto es \$22,590 o menos. Los bienes no superan \$17,220.

Casado: El ingreso anual bruto es \$30,660 o menos. Los bienes no superan \$34,360

*Después de revisar su solicitud, le informaremos si usted puede ser elegible para Ayuda Adicional y le asistiremos con este proceso. NOTA: La elegibilidad para Ayuda Adicional no afecta la elegibilidad para Prescription Advantage.*

### Programa MassHealth Buy-In, también conocido como Programas de Ahorros de Medicare (MSP)

Individual: El ingreso anual bruto es \$33,885 o menos.

Casado: El ingreso anual bruto es \$45,990 o menos.

*Después de revisar su solicitud, le informaremos si usted puede ser elegible para el Programa MassHealth Buy-In, también conocido como el Programa de Ahorros de Medicare (MSP) y le asistiremos para que entienda cómo puede presentar una solicitud para ese programa. NOTA: La elegibilidad para MSP afectará su elegibilidad para Prescription Advantage.*

## Empleo y discapacidad para solicitantes de menos de 65 años:

Usted debe responder la pregunta sobre su empleo. Se requiere información adicional para solicitantes de menos de 65 años de edad. Haga clic en el enlace *Documentación de Condición de Discapacidad* para obtener una lista de documentos sobre discapacidad.

## Información de ingresos:

Responda las preguntas sobre sus ingresos. Si no declara impuestos federales a los ingresos, puede requerirse información adicional.

## Términos y condiciones:

Lea atentamente las declaraciones en esta sección. Debido a que nosotros requerimos información sobre los ingresos de su grupo familiar, su cónyuge también debe estar de acuerdo si él/ella vive con usted, aunque él/ella no esté presentando una solicitud en este momento. No podemos procesar su solicitud hasta que usted acepte los términos y condiciones.

## Para enviar su solicitud:

Una vez que haya completado su solicitud y aceptado los términos y condiciones, usted puede revisar el formulario. Le sugerimos que imprima y/o guarde una copia como constancia. Cuando su solicitud esté completa, haga clic en Enviar.

## Información adicional importante

- Un representante de Prescription Advantage se comunicará con usted para revisar su solicitud y hablar sobre la documentación que deberá enviar. Su solicitud no está completa hasta que recibamos toda la documentación requerida.

Usted debe presentar constancia de todos los ingresos que reciba. Se proporciona una lista de documentos de ingresos aceptables. Si recibe algún ingreso que no está incluido en la lista, llame al servicio al cliente para consultar sobre documentación aceptable.

- Los ingresos se calculan usando los ingresos totales como se indica en las declaraciones de impuestos federales y el ingreso actual del Seguro Social como se indica en el(los) formulario(s) SSA-1099 para el solicitante y su cónyuge. **TODOS** los solicitantes que declaran impuestos federales deben enviar una copia de la primera página de su última declaración de impuestos. Para los solicitantes que no necesitan presentar una declaración de impuestos federales, el ingreso se calcula usando documentos alternativos.
- **TODOS** los solicitantes que reciben beneficios del Seguro Social puede que tenga que enviar los documentos de ingresos del Seguro Social como el informe anual de beneficios (formulario SSA-1099) o la carta de asignación de beneficios del Seguro Social.
- El ingreso declarado incluye el monto total de dinero, devengado o no devengado, de cualquier fuente, que incluye entre otros, salarios, ingresos comerciales, rentas, pensiones/anualidades, dividendos e interés.
- Los ingresos se calculan usando su ingreso familiar anual **bruto**. Este es el monto total **previo** a cualquier deducción que pueda haber por costos de atención médica u otros fines.
- En algunos casos, los ingresos que se incluyen en su declaración de impuestos federales y que ya no recibe no se usarán para calcular el ingreso. Usted debe comprobar que no recibe el ingreso o que no va a volver a recibirlo. Esto se aplica a salarios, ingresos comerciales, IRA, pensiones o anualidades, pago por enfermedad a terceros, desempleo y manutención. Se proporciona una lista de los documentos requeridos para la eliminación de ingresos.
- Es su obligación informar a Prescription Advantage sobre cualquier cambio en su información. Si no lo hace, esto podría resultar en la denegación de su solicitud o la cancelación de su afiliación.

## Documentación de ingresos

**1. También debe enviar los documentos de ingresos incluidos a continuación que le correspondan. Todos los documentos deben ser para el año calendario ANTERIOR. Por ejemplo, en 2024, los documentos deben ser para 2023.**

Si **DECLARA** impuestos federales, envíe copias de:

- Su declaración más reciente de impuestos federales 1040, 1040A o 1040EZ. No se aceptarán declaraciones de impuestos estatales.

Si **NO DECLARA** impuestos federales, puede que tenga que enviar copias de:

- Su carta actualizada de asignación de beneficios del Seguro Social o carta de Ajuste de Costo de Vida que incluya la cantidad que recibe antes de deducciones
- Su(s) formulario(s) 1099 o W-2 más reciente(s) para cada tipo de ingreso que usted reciba que se indique a continuación. Si usted no recibe formulario(s) 1099 o W-2, comuníquese con el servicio al cliente para averiguar qué otros documentos se pueden presentar.

Pensiones o anualidades	Ingreso por beneficios ferroviarios	Ingreso por renta
Dividendos o intereses	Ingreso por empleo	Ganancias de capital
Jubilación (IRA; 401K; 403B)	Desempleo	Manutención

En algunos casos, cuando calculemos su ingreso tal vez podamos deducir el ingreso incluido en su declaración de impuestos federales que usted ya no recibe. Usted puede que tenga que documentar para demostrar que no recibe ese ingreso. Los tipos de ingresos que pueden eliminarse y los documentos que debe enviar se incluyen a continuación.

Nota: Es posible que pueda completar un formulario de autocertificación para confirmar todos sus ingresos que reciba. (“Self-Attestation New Applicant”)

Tipo de ingreso	Documentos para la eliminación de ingreso
Salarios (enviar ítems 1 y 2)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Carta del empleador anterior con membrete de la compañía que indique el último día trabajado y</li> <li>2. W-2(s) que indique el monto total percibido de ese empleador para verificar el total en la declaración de impuestos</li> </ol>
Pago por enfermedad a terceros (enviar ítem 1) y (enviar ítem 2 o 3)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Carta de la institución que pagó la discapacidad que indique que el beneficio se ha agotado y</li> <li>2. W-2(s) con el monto total pagado a través de la discapacidad para verificar el total en la declaración de impuestos; o</li> <li>3. formularios 1099 para todo pago por enfermedad a terceros recibido por el solicitante o afiliado</li> </ol>
IRA (enviar ítems 1 y 2)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documento de la compañía que administró el IRA que indique que se ha cerrado la cuenta y</li> <li>2. Formularios 1099 para todas las cuentas IRA en nombre del solicitante o afiliado</li> </ol>
Pensiones o anualidades (enviar ítems 1 y 2)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formularios 1099 para todas las pensiones o anualidades recibidas por el solicitante o afiliado y</li> <li>2. Documento de la compañía que administró la pensión o anualidad que indique que se ha cerrado la cuenta</li> </ol>
Desempleo (enviar ítems 1 y 2)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documento del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral, División de Servicios Profesionales y División de Asistencia al Desempleado o el Departamento de Empleo y Capacitación que indique que el solicitante o afiliado agotó sus fondos y</li> <li>2. 1099-G que demuestre el beneficio por desempleo recibido como se indica en el Formulario 1040 (línea 19)</li> </ol> <p><b>NOTA:</b> Si el cónyuge de un solicitante o afiliado también recibió beneficios por desempleo y agotó sus fondos, deben presentarse los mismos documentos para el cónyuge.</p>
Manutención (enviar ítems 1 o 2)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia del decreto de divorcio que detalla los términos de la manutención y que incluye la fecha de finalización o</li> <li>2. Carta del proveedor de los pagos de manutención que indique la fecha en que terminaron los pagos</li> </ol>