

# 2013 National Training Program

## Módulo 5: Coordinación de beneficios



## Módulo 5: Coordinación de beneficios

### Índice

Introducción.....	<a href="#">1</a>
Visión general de la sesión.....	<a href="#">2</a>
Lección 1 – Visión general de la coordinación de beneficios .....	<a href="#">3</a>
¿Cuándo paga Medicare? .....	<a href="#">4</a>
Cuando Medicare paga primero .....	<a href="#">5</a>
Medicare como Pagador Secundario (MSP) .....	<a href="#">6</a>
¿De dónde proviene la información para determinar el pagador secundario? .....	<a href="#">7</a>
El contratista de COB .....	<a href="#">9</a>
Lección 2 – La coordinación de la cobertura médica.....	<a href="#">12</a>
Otros seguros médicos que pueden pagar .....	<a href="#">13</a>
Planes médicos grupales de empleador (EGHP por su sigla en inglés) .....	<a href="#">14</a>
Planes médicos que no son grupales.....	<a href="#">16</a>
Seguro sin parte culpable (Contra todo riesgo).....	<a href="#">17</a>
Seguro de responsabilidad civil .....	<a href="#">18</a>
Compensación al trabajador o seguro de accidente en el trabajo.....	<a href="#">19</a>
Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera (Pulmón Negro).....	<a href="#">20</a>
Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA).....	<a href="#">21</a>
Cuando su antiguo empleador se declara en bancarrota.....	<a href="#">22</a>
La cobertura de COBRA .....	<a href="#">23</a>
La cobertura de la Administración de Asuntos de los Veteranos (VA).....	<a href="#">24</a>
Cobertura de TRICARE for Life .....	<a href="#">25</a>
Lección 3 – La coordinación de los beneficios de las recetas médicas (Parte D) .....	<a href="#">27</a>
La coordinación de los beneficios de la Parte D .....	<a href="#">28</a>
Otra cobertura posible de medicamentos.....	<a href="#">29</a>
Lo que deben tener en cuenta las personas con cobertura de jubilado .....	<a href="#">30</a>
La Parte D y la Cobertura de Plan de Salud Grupal de Empleador (EGHP).....	<a href="#">31</a>
La Parte D y COBRA.....	<a href="#">32</a>
La Parte D y los Programas Federales.....	<a href="#">33</a>
La cobertura de VA y de TRICARE For Life (TFL por su sigla en inglés).....	<a href="#">34</a>
La Parte D y los programas estatales.....	<a href="#">35</a>
La Parte D y otros seguros .....	<a href="#">36</a>

## Índice

La Parte D y el contratista de COB .....	<a href="#">37</a>
¿Qué gastos cuentan para el límite de los TrOOP? .....	<a href="#">38</a>
A quién debe llamar .....	<a href="#">40</a>
La guía sobre la coordinación de los beneficios .....	<a href="#">41</a>
Información de contacto del Programa Nacional de Entrenamiento de CMS .....	<a href="#">42</a>
Hoja de respuestas .....	<a href="#">43</a>
Acrónimos .....	<a href="#">46</a>
Índice.....	<a href="#">47</a>

Este módulo puede presentarse en 1.5 horas.  
Destine aproximadamente 30 minutos más para  
discusión, preguntas y respuestas y para las  
actividades didácticas.



## Programa Nacional de Entrenamiento



### Módulo 5 Coordinación de beneficios

El Módulo 5 explica La Coordinación de los Beneficios cuando el beneficiario tiene Medicare y otro tipo de cobertura médica.

Este módulo de entrenamiento fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por su sigla en inglés), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP por su sigla en inglés) y el Mercado de Seguros Médicos. La información en este módulo estaba vigente en mayo de 2013.

Si desea consultar las actualizaciones sobre la nueva reforma del seguro médico, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) .

Para consultas acerca de la Ley de atención médica asequible (a bajo precio), visite [www.HealthCare.gov/law/full/index.html](http://www.HealthCare.gov/law/full/index.html).

Para ver la versión más actualizada de este módulo de entrenamiento, visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html>

El material del Programa de Entrenamiento Nacional de Medicare de CMS no es un documento legal. Las normas oficiales del programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.



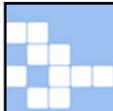
## Visión general de la sesión

- Esta sesión lo ayudará a
  - Explicar la coordinación de la cobertura médica y de las recetas médicas
  - Determinar quién paga primero
  - Saber dónde puede obtener más información

2

Esta sesión lo ayudará a:

- Explicar la coordinación de la cobertura médica y de los medicamentos
- Determinar quién paga primero
- Saber dónde obtener más información



## Lección 1 – Visión general de la coordinación de beneficios

- Coordinación de beneficios (COB)
- Medicare como pagador principal
- “Pagador secundario a Medicare” (MSP)

3

Esta lección brinda una visión general de la

- Coordinación de beneficios (COB)
- Medicare como pagador principal, y
- “Pagador secundario a Medicare” (MSP)

## ¿Cuándo paga Medicare?

- Medicare puede pagar primero
  - Si no hay otro seguro principal
- Medicare puede pagar en segundo lugar
  - Cuando haya otro seguro que deba pagar primero
- Medicare puede no pagar
  - Por los servicios y artículos que deben ser pagados por otro seguro médico

4

Medicare puede pagar primero, segundo o a veces otros planes de seguro deberán pagar y Medicare no tiene que pagar.

Medicare puede pagar primero si usted no tiene otro seguro o si le corresponde pagar antes que al otro seguro. Medicare puede pagar en segundo lugar si su otro seguro paga primero.

Medicare puede pagar en segundo lugar en situaciones en las que Medicare no actúa como su seguro médico principal o cuando el otro seguro tiene la responsabilidad de pago principal.

Medicare puede que no pague por todos los servicios o artículos que deba pagar su otro seguro.

## Cuando Medicare paga primero

- Si es su único seguro médico
- Si el otro seguro es
  - Una póliza Medigap
  - Medicaid
  - Un seguro de jubilado
  - El Servicio Médico para Indígenas
  - Los beneficios para veteranos
  - TRICARE
  - La continuación de la cobertura - COBRA
    - Excepto por el período de coordinación de 30 meses para las personas que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD)

5

Para la mayoría de los beneficiarios, Medicare es el seguro que paga primero (pagador primario). Lo cual quiere decir que Medicare paga primero sus reclamaciones por atención médica. Entre las situaciones en las que Medicare es el pagador primario están las siguientes:

- Si es su única cobertura médica, del hospital o de las recetas médicas.
- Si usted tiene una póliza Medigap u otro seguro privado que no esté relacionado con su empleo actual. (Este tipo de póliza cubre montos que Medicare no cubre.)
- Tiene la cobertura de Medicaid y Medicare (beneficiarios doblemente elegibles) sin otra cobertura que pague antes que Medicare.
- En la mayoría de los casos, si usted tiene la cobertura de jubilado (para averiguar cómo trabaja dicha cobertura con Medicare, fíjese en los beneficios del plan o en los documentos del plan que le proporcione su empleador o sindicato, o llame a su administrador de beneficios).
- Si tiene los Servicios Médicos para Indígenas (IHS)
- Los beneficios para veteranos.
- TRICARE (Nota: TRICARE es el programa de salud del Departamento de Defensa para sus miembros en activo y sus familiares. TRICARE For Life es un programa para militares retirados y sus familiares).
- Si tiene la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA), excepto si padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD). Enseguida trataremos este tema.

## Medicare como Pagador Secundario (MSP)

- El término Pagador Secundario se usa
  - Si Medicare no es responsable por pagar primero una reclamación
  - Las leyes que protegen los fondos fiduciarios de Medicare
  - Ayuda a garantizar que Medicare no pague cuando deba hacerlo otro seguro
  - Ahorra \$8 mil millones anuales
    - En reclamaciones en las que el otro seguro es el pagador primario

6

Medicare como Pagador Secundario (MSP) es el término que generalmente se usa cuando Medicare no paga las reclamaciones primero.

Cuando Medicare comenzó en 1966, era el seguro que pagaba primero todas las reclamaciones excepto aquellas cubiertas por la compensación al trabajador, por los beneficios del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera (Pulmón negro) y los beneficios de VA (Asuntos para Veteranos).

En 1980 el Congreso aprobó una legislación por la cual Medicare pasaba a ser el pagador secundario de ciertos planes principales, con el propósito de cambiar el pago de las reclamaciones de Medicare a los seguros privados correspondientes.

Las normas de MSP protegen los Fondos Fiduciarios de Medicare al asegurarse de que Medicare no pague por servicios o artículos que deben ser pagados primero por otros seguros médicos o coberturas. Las normas de MSP se aplican a los casos en los que Medicare no es el seguro médico principal del beneficiario.

Medicare ahorra más de \$8 mil millones anuales en reclamaciones que son pagadas por otro seguro que debe pagar antes que Medicare.

La Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y del SCHIP (MMSEA) de 2007 agregó nuevos requisitos de información obligatorios para los Planes Médicos Grupales (GHP) y el Seguro de Responsabilidad Civil (incluye a los autoasegurados), el Seguro sin Parte Culpable y el Seguro de Compensación al Trabajador. Vea la Sección 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y del SCHIP (MMSEA) (P.L.110-173) y 42 U.S.C. 1395y(b)(7) y (8) para más información sobre los requisitos obligatorios de informes.

## ¿De dónde proviene la información para determinar el pagador secundario?

- De los requisitos que obligan a las aseguradoras a presentar informes.
  - Uso de un sitio web seguro para transferir los datos
- La concordancia de datos sobre las reclamaciones de IRS/SSA/CMS
  - Los empleadores llenan un cuestionario electrónico
    - Con información sobre los empleados que tienen derecho a Medicare
    - O que están casados con un beneficiario de Medicare
- Acuerdos Voluntarios de Intercambio de Datos (VDSA)
  - Intercambios entre los CMS y los empleadores con muchos empleados

7

Para la Coordinación de los beneficios se utilizan varios bancos de datos mantenidos por múltiples interesados incluidos los programas estatales y federales, los planes que ofrecen cobertura de salud y/o medicamentos, las redes farmacéuticas y una gama de programas de ayuda disponibles para situaciones o condiciones especiales. La Sección 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y del SCHIP de 2007 (MMSEA) agregó nuevos requisitos de información obligatorios para los Planes Médicos Grupales (GHP) y el Seguro de Responsabilidad Civil (incluye a los autoasegurados), el Seguro sin Parte Culpable y el Seguro de Compensación al Trabajador. Los seguros deben proporcionar dicha información por ley.

Si las aseguradoras no presentan los informes, se les puede poner una multa de hasta \$1,000 por día/por beneficiarios. Las partes interesadas deben usar un sitio web seguro para la transferencia de la información.

**La concordancia de datos de IRS/SSA/CMS.** Una fuente de datos clave es la concordancia de datos IRS/SSA/CMS. La ley requiere que el Servicio de Rentas Internas (IRS), la Administración del Seguro Social (SSA) y CMS compartan información sobre los beneficiarios de Medicare y sus cónyuges. Por ley, los empleadores deben llenar un cuestionario sobre el plan médico grupal que los empleados elegibles para Medicare y sus cónyuges han escogido. La concordancia de datos identifica las situaciones en las que otro seguro paga antes que Medicare.

**Acuerdos Voluntarios de Intercambio de Datos (VDSA).** CMS ha establecido VDSA con varias empresas con muchos empleados. Estos acuerdos les permiten a los empleadores y a CMS el intercambio electrónico de información sobre la inscripción en los planes de salud grupales.

Cuando se presenten discrepancias entre los Acuerdos Voluntarios de Intercambio de Datos, los empleadores pueden presentar la documentación sobre la inscripción/cancelación. El programa VDSA incluye información sobre la Parte D, para que la parte interesada intercambie información a fin de determinar si es el pagador primario o secundario de las recetas médicas (Parte D).

## ¿De dónde proviene la información para determinar el pagador secundario?- Cont.

- Cuestionario Inicial de Inscripción
  - Le mandan una notificación para que lo llene electrónicamente
  - Se lo mandan tres meses antes de su elegibilidad para Medicare
  - Le pide información sobre la cobertura de su empleador, del seguro de responsabilidad y de la compensación al trabajador
    - Use MiMedicare.gov o
    - Hable por teléfono con el contratista de COB
- Investigación sobre las reclamaciones a MSP
  - El contratista averigua sobre los otros seguros
  - Identifica quién debe pagar primero

8

Tres meses antes de que comience la cobertura de Medicare se le enviará una carta pidiéndole que llene el Cuestionario Inicial de Inscripción electrónico. En el cuestionario se le preguntará sobre cualquier otro seguro que tenga, como el seguro médico grupal de su empleador o del empleador de un familiar suyo, el seguro de responsabilidad civil y la compensación al trabajador. Por ejemplo:

- ¿Tiene usted la cobertura médica grupal de su empleador actual?
- Incluyéndolo a usted, ¿cuántos empleados tiene su empleador?
- ¿Cubre las recetas médicas el plan médico grupal de su empleador?
- (Para la fecha de su elegibilidad para Medicare) ¿tendrá la cobertura médica grupal de su empleador actual o de su cónyuge?
- Incluyendo a su cónyuge, ¿cuántos empleados tiene dicho empleador?
- ¿Cubre las recetas médicas el plan médico grupal del empleador de su cónyuge?
- ¿Recibe usted las prestaciones del seguro de compensación al trabajador o del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera (pulmón negro)?
- ¿Lo están tratando por una afección o herida y hay otro seguro que pagará primero o los servicios serán pagados por el seguro de responsabilidad, sin parte culpable o del seguro automotor?

Cuando usted es un beneficiario nuevo de Medicare lo inscriben automáticamente en MiMedicare.gov, el sitio web seguro de Medicare que le permite a usted o a su representante legal, el acceso a su información médica, sus reclamaciones, la información sobre los servicios preventivos, el Resumen de Medicare (MSN) y más.

Usted puede llenar el Cuestionario Inicial de Inscripción en [MiMedicare.gov](https://www.medicare.gov), o por teléfono llamando al contratista de Coordinación de Beneficios al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

El contratista de COB inicia una investigación cuando se entera de que el beneficiario tiene otro seguro. Esta investigación determina quién debe pagar primero por los servicios médicos si Medicare u otro seguro. El propósito de recabar la información de MSP es identificar rápidamente las situaciones en las que Medicare es el pagador secundario y asegurarse de que las partes responsables hagan los pagos correspondientes.

## El contratista de COB

- Identifica los beneficios médicos disponibles para las personas con Medicare
- Coordina las reclamaciones
  - Para asegurarse de que sean pagadas por el seguro que corresponde
- Debe identificar
  - Las situaciones en las que Medicare es el Pagador Secundario (MSP)
  - Las reclamaciones deben enviarse a los seguros complementarios

9

El propósito del programa de COB es identificar los beneficios médicos disponibles para los beneficiarios y coordinar el proceso de pago de los reclamos para evitar los pagos erróneos de los beneficios de Medicare.

También les permite a los patrocinadores de la Parte D determinar correctamente qué pagos son pagos elegibles Pagos de su bolsillo verdaderos (TrOOP). Los datos de Medicare sobre la elegibilidad son compartidos con los otros seguros y las reclamaciones pagadas por Medicare se envían a los seguros complementarios para que actúen como pagadores secundarios. Para que se pueda hacer este intercambio automático de información tiene que haber un acuerdo entre el contratista de COB de CMS y la compañía de seguro privada. Si no hubiera un acuerdo, el beneficiario de Medicare tendrá que enviar la reclamación al otro seguro que tenga además de Medicare para que haga el pago complementario.

Se les garantiza a los planes que el monto total en las situaciones en las que ambos seguros paguen no excederá el 100% del precio del servicio, para evitar la duplicación de pagos.

## El contratista de COB- Cont.

- *Emblem Health* para las Partes A y B de Medicare
  - Obtiene información sobre su otro seguro
  - Crea los informes de MSP en el Archivo Común de Trabajo de CMS (CWF)
  - Transmite información al banco de datos del beneficiario de Medicare para que se haga la coordinación apropiada de los beneficios de las recetas médicas

10

### *Emblem Health* para las Partes A y B de Medicare

- Este contratista recaba información sobre los planes médicos grupales y no grupales, el seguro de responsabilidad civil que también incluye a las personas autoaseguradas, el seguro sin parte culpable y la compensación al trabajador.
- Crean los informes sobre Medicare como Pagador Secundario en el Archivo Común de Trabajo (CWF) para evitar que Medicare pague cuando le corresponde pagar primero al otro seguro. El CWF es un banco de datos único para los intermediarios fiscales y aseguradoras, para verificar la elegibilidad de los beneficiarios, hacer evaluaciones antes del pago de los servicios y aprobar las reclamaciones desde una perspectiva nacional. Es el único lugar en el servicio de tramitación de los reclamos de pago por servicio donde se guarda toda la información del beneficiario.
- Le trasmite a los otros seguros información del banco de datos del beneficiario de Medicare (MBD) para la coordinación apropiada de los beneficios de las recetas médicas.

 **Compruebe sus conocimientos- Lección 1**

¿Cuándo Medicare paga las reclamaciones?

- a. Medicare puede ser el pagador principal
- b. Medicare puede ser el pagador secundario
- c. Puede que Medicare no pague
- d. Todo lo anterior**

11

Compruebe sus conocimientos

¿Cuándo Medicare paga las reclamaciones?

- a. Medicare puede ser el pagador principal
- b. Medicare puede ser el pagador secundario
- c. Puede que Medicare no pague
- d. Todo lo anterior

Respuesta: d. Todo lo anterior. Medicare puede ser el pagador principal, el pagador secundario, o a veces, deberán pagar otros planes de seguro y Medicare no pagará.

Medicare puede ser el pagador principal si usted no tiene otro seguro, o si Medicare es el que paga primero. Medicare puede ser el pagador secundario si el otro seguro es el que paga primero.

Medicare puede ser el pagador secundario en situaciones en las que Medicare no sea el que le brinde su cobertura de salud principal, o cuando otra aseguradora tenga la responsabilidad principal de pagar.

Medicare puede que no pague por los servicios y artículos que tienen que pagar otras aseguradoras de salud.



## Lección 2 – La coordinación de la cobertura médica

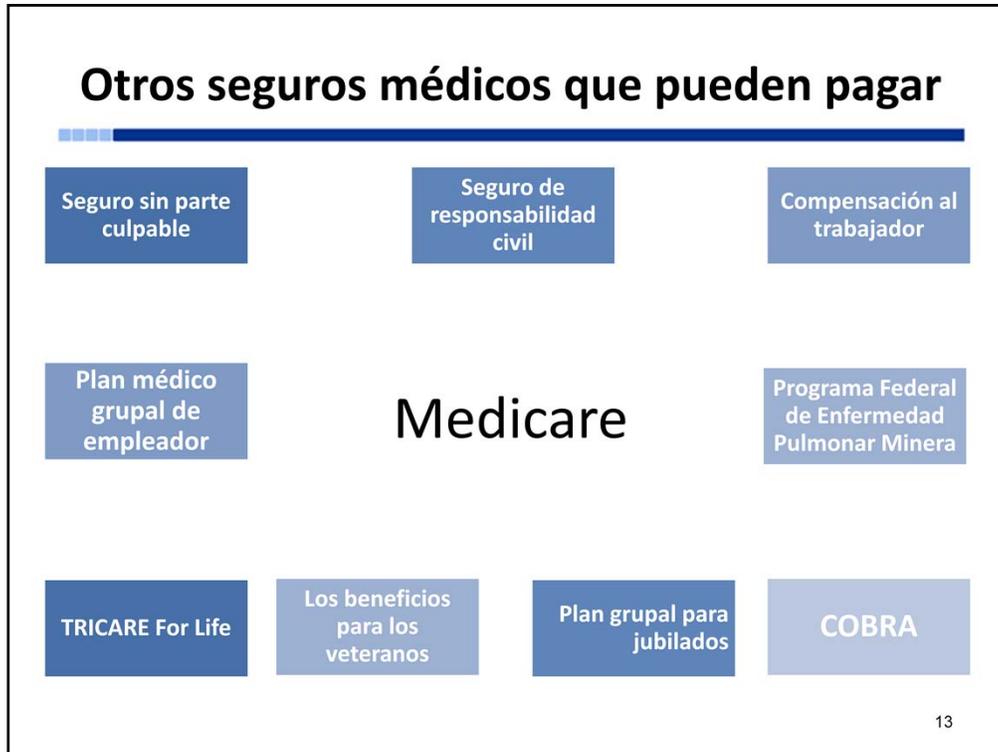
- Identifica a los pagadores correspondientes
- Medicare como Pagador Secundario
- Determina quién paga primero

12

Los temas de la sección siguiente sobre la Coordinación de la cobertura médica incluyen:

- La identificación de los seguros correspondientes
- Medicare como Pagador Secundario
- La determinación de quién paga primero

**NOTA:** Visite <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02179.pdf> para descargar *Medicare y otros beneficios de salud: Guía para saber quién paga primero* y vea la tabla sobre las situaciones en las que se determina quién paga primero y quién paga después si usted tiene otro seguro médico.



Es importante determinar si hay otro seguro que paga los gastos médicos del beneficiario antes o además de Medicare. Esta información permite que los proveedores envíen las facturas al seguro correspondiente y los ayuda a decidir cómo presentarle la reclamación a Medicare.

Hay varias combinaciones de cobertura médica que puede tener un beneficiario y que deben tenerse en cuenta para determinar quién paga primero.

- Medicare
- El seguro sin parte culpable/contra todo riesgo
- El seguro de responsabilidad civil
- El seguro de compensación al trabajador
- El Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera (Pulmón negro)
- La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA)
- Seguro médico grupal para jubilados
- Los beneficios para veteranos
- TRICARE for Life
- Plan médico grupal de empleador

Según cuál sea su otro seguro, Medicare podría pagar primero, segundo o no pagar.

## **Planes médicos grupales de empleador (EGHP por su sigla en inglés)**

- Cobertura ofrecida por muchos empleadores y sindicatos
  - A sus empleados actuales, cónyuges y familiares
  - Jubilados, cónyuges y familiares
  - Incluye el Seguro Médico para los Empleados Federales
- Puede ser un plan de pago-por-servicio
- O un plan de salud administrado
- Los empleados pueden escoger si acepta la cobertura o no

14

La Coordinación de los beneficios dependerá de si el beneficiario, su cónyuge o su familiar está trabajando o jubilado y del número de empleados que tenga la empresa. El Seguro Médico para los Empleados Federales es un tipo de EGHP.

El seguro médico grupal es la cobertura ofrecida por muchos empleadores y sindicatos a sus empleados activos y/o jubilados. Una persona también puede obtener la cobertura de salud grupal del empleador de su cónyuge o de un familiar. Si a un beneficiario de Medicare le ofrecen la cobertura de un EGHP, puede escoger si la acepta o no. El EGHP puede ser un plan de pago-por servicio o un plan administrado como una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO).

## Planes médicos grupales de empleador

Si usted tiene	Medicare paga primero
65 años o más y la cobertura de <b>jubilado</b>	Sí
65 años o más y la cobertura de un <b>EGHP</b> de su empleador <b>actual</b> (o el de su cónyuge)	Si la empresa tiene menos de 20 empleados.
Menos de 65 años, tiene una <b>discapacidad</b> y un <b>EGHP</b> de su empleo <b>actual</b> (o de su cónyuge o familiar)	Si la empresa tiene menos de 100 empleados.
Elegible para Medicare porque padece de una <b>Enfermedad Renal Terminal (ESRD)</b> y tiene la cobertura de un <b>EGHP</b>	Cuando haya terminado el período de coordinación de 30 meses, o si ya tenía Medicare cuando le diagnosticaron la ESRD.

15

¿Cuándo Medicare paga primero en los casos de personas con planes de salud grupales de un empleador? Medicare paga primero si:

- Si usted tiene 65 años o más y tiene un seguro médico de jubilado
- Si usted tiene 65 años o más y la cobertura de un EGHP de su empleador actual o el de su cónyuge y la empresa tiene menos de 20 empleados
- Si usted tiene menos de 65 años, está discapacitado y tiene un EGHP por su trabajo actual o de un familiar y la empresa tiene menos de 100 empleados
- Si tiene derecho a Medicare porque padece de enfermedad renal terminal (ESRD) y tiene la cobertura médica grupal de su empleador actual o el de su cónyuge y ha terminado el período de coordinación de 30 meses, o si cuando le diagnosticaron la Enfermedad Renal Terminal ya tenía Medicare.

## Planes médicos que no son grupales

- Generalmente Medicare no paga por los servicios
  - Cuando el diagnóstico indica que hay otro seguro que pagará el servicio, como por ejemplo:
  - Accidentes automovilísticos
  - Una enfermedad relacionada con la minería (Programa de Enfermedad Pulmonar Minera)
  - Responsabilidad de terceros
  - Accidente de trabajo (Compensación al trabajador)

16

Medicare por lo general no paga por los servicios cuando el diagnóstico indica que otros seguros podrían cubrir los servicios, por ejemplo:

- Accidentes automovilísticos
- Una enfermedad relacionada con la minería (Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera o Pulmón Negro)
- Responsabilidad de terceros o
- Enfermedad o lesión relacionada con el trabajo (Compensación al trabajador)

## Seguro sin parte culpable (Contra todo riesgo)

- Paga independientemente de quién tenga la culpa.
- Medicare es el pagador secundario
- Medicare puede hacer un pago condicional
  - Si el reclamo no se paga en 120 días
  - La persona no tendrá que usar su propio dinero para pagar la factura
  - Se le debe reembolsar el pago a Medicare
    - Una vez que se resuelva el reclamo por parte del pagador principal

17

El seguro sin parte culpable, o contra todo riesgo, es un seguro que paga los servicios médicos necesarios por una herida o daño a la propiedad de un individuo independientemente de quién tenga la culpa. Los seguros sin parte culpable incluyen:

- El seguro automotor
- El seguro de propiedad de vivienda y
- Los planes de seguros comerciales

Medicare será el pagador secundario si existe un seguro sin parte culpable.

Medicare por lo general no pagará los gastos médicos cubiertos por un seguro sin parte culpable. Sin embargo, podría pagar esos gastos si el reclamo es denegado por otros motivos, excepto si el reclamo no es el apropiado. Medicare pagará solamente si los servicios están cubiertos por Medicare. Si el seguro sin parte culpable no paga oportunamente (en un plazo de 120 días), Medicare hará un pago condicional, que luego tendrá que ser reembolsado a Medicare.

El dinero usado por Medicare para hacer el pago condicional debe ser reembolsado cuando se llegue a un acuerdo con el seguro sin parte culpable. Si Medicare hace un pago condicional y el beneficiario más tarde llega a un acuerdo con el seguro sin parte culpable, tendrá que devolverle a Medicare el monto del pago condicional. El beneficiario es responsable de que Medicare reciba el reembolso.

La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 (P.L. 108-173, Título III, Sec. 301) aclara en detalle el derecho de Medicare a recuperar el monto del pago condicional.

## Seguro de responsabilidad civil

- Lo protege de ciertos reclamos
  - Negligencia, acciones incorrectas o falta de acción
- Medicare es el pagador secundario
  - Los profesionales de la salud deben intentar cobrarle a su otro seguro antes que a Medicare
- Medicare puede hacer un pago condicional
  - Si el reclamo no se paga oportunamente
    - Generalmente en un período de 120 días
  - Medicare recuperará el monto del pago condicional

18

El seguro de responsabilidad civil es un seguro para los reclamos por negligencia, acción incorrecta o falta de acción cuya consecuencia resulte en un daño a la persona o a la propiedad. El seguro de responsabilidad incluye pero no se limita a:

- El seguro de propiedad de vivienda
- El seguro de automóvil o seguro automotor
- El seguro de responsabilidad civil de los fabricantes
- El seguro de responsabilidad por mala praxis (mala práctica)
- El seguro de responsabilidad para conductores sin seguro; ; y/o
- El seguro de responsabilidad de conductores poco asegurados

Medicare es el pagador secundario cuando haya un seguro de responsabilidad civil. Si los proveedores de la salud piensan que los servicios que le brindaron a una persona pueden ser pagados por un seguro de responsabilidad civil, deben tratar de cobrarle a dicho seguro antes que a Medicare. Los proveedores deberán enviarle la factura al seguro de responsabilidad primero aun cuando este no pague oportunamente. El seguro de responsabilidad deberá informarle al proveedor en su aviso de pago que no hará un pago inmediato. El contratista de Medicare debe recibir el no pago, la razón que lo explique y la información por parte del proveedor. El proveedor identificará la información del seguro de responsabilidad civil en la reclamación a Medicare para que Medicare pueda hacerle un pago condicional correcto al proveedor. Cuando el seguro de responsabilidad civil pague, Medicare recuperará el monto del pago condicional.

Medicare solamente pagará por aquellos servicios cubiertos.

## Compensación al trabajador o seguro de accidente en el trabajo

- Medicare no pagará los gastos médicos
  - relacionados con los reclamos al seguro por accidente en el trabajo
- Si el reclamo al seguro de compensación al trabajador es denegado
  - Se puede enviar a Medicare
- El acuerdo puede incluir la Cantidad Asignada por el Seguro de Compensación para Medicare (WCMSA).

19

Medicare por lo general no pagará por una enfermedad o herida cubierta por el seguro de compensación al trabajador/accidente en el trabajo. Si todo o parte del reclamo es denegado por la compensación al trabajador porque no le corresponde pagar por dicho reclamo, entonces se puede enviar a Medicare para que pague por el servicio o producto. Medicare podría pagar una reclamación relacionada con un servicio o producto cubierto por Medicare si la reclamación no está cubierta por el seguro de compensación al trabajador.

Antes de llegar a un acuerdo con el seguro de compensación al trabajador, las partes deben considerar los intereses de Medicare relacionados con los servicios médicos futuros y decidir si se establecerá un Acuerdo sobre la Cantidad Asignada para Gastos Médicos Futuros de Medicare del Seguro de Compensación al Trabajador (WCMSA).

WCMSA se describirá en detalle en <http://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits/Workers-Compensation-Medicare-Set-Aside-Arrangements/WCMSA-Overview.html>

Vea la Sección 1862(b)(2) de la Ley del Seguro Social (42 USC 1395y(b)(2)).

## **Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera (Pulmón Negro)**

- Cubre la enfermedad/afección pulmonar
  - Causada por el trabajo en las minas de carbón
- Los servicios de este programa
  - Se consideran como un reclamo de compensación al trabajador
  - No están cubiertos por Medicare
- Prestaciones para el beneficiario
- Para más información llame al 1-800-638-7072

20

Algunos beneficiarios de Medicare podrían recibir los beneficios del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera, para aquellos servicios relacionados con su enfermedad pulmonar y otras condiciones causadas por el trabajo en las minas de carbón. Medicare no paga por los servicios médicos cubiertos por dicho programa. Los reclamos de la enfermedad de pulmón negro son considerados reclamos de compensación al trabajador. Todos los reclamos por servicios relacionados con la enfermedad de pulmón negro son enviados a la División de Compensación a los Trabajadores de Minas de Carbón del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.

Sin embargo, si los servicios no están relacionados con la enfermedad de pulmón negro, Medicare pagará primero si se cumplen todas estas condiciones:

- No hay otro seguro que pague primero
- El individuo es elegible para Medicare; y
- Los servicios están cubiertos por el programa Medicare

Los beneficiarios del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera son elegibles para la cobertura de los medicamentos recetados, servicios de internación y ambulatorios y visitas médicas. Además, el equipo de oxígeno para el hogar y otro equipo médico, servicios de enfermería en el hogar y la rehabilitación pulmonar puede estar cubierta si es ordenada por el médico.

Para cada una de las nueve oficinas distritales de la División de Compensación para los Trabajadores de Minas de Carbón localizadas en PA, WV, KY, OH y CO se ha asignado un número sin cargo. El número gratuito 1-800-638-7072 ha sido asignado a la oficina responsable del diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Minera. Para más información acerca del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera, visite, <http://www.dol.gov/compliance/topics/benefits-comp-blacklung.htm>

## **Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)**

- Les permite mantener a los empleados y sus dependientes su cobertura médica después de dejar su EGHP
  - Si su empleador privado o del gobierno local o estatal
    - Tiene 20 o más empleados
  - Se le conoce como “continuación de la cobertura”
  - La cobertura continúa por 18, 29 ó 36 meses
    - Según cuál sea la situación que lo hace elegible
- La persona debe pagar el total de la prima

21

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA por su sigla en inglés) requiere que los empleadores con 20 o más empleados les permitan a sus empleados y a sus dependientes conservar su cobertura médica por un tiempo después de que hayan dejado sus EGHP, en ciertas circunstancias. A esto se le conoce como “continuación de la cobertura”. La ley se aplica a los planes patrocinados por el sector privado y los gobiernos estatales y locales, pero no se aplica a los planes patrocinados por el gobierno federal, el Distrito de Columbia, los territorios y posesiones estadounidenses, o ciertas organizaciones religiosas. (El Programa de Seguro Médico para Empleados Federales también está sujeto a esta continuación temporal de la cobertura médica, según lo estipulado por las Enmiendas a la Ley de Beneficios Médicos para los Empleados Federales de 1988.)

La cobertura de COBRA puede iniciarse por ciertos eventos, tales como la pérdida del empleo o la reducción de las horas de trabajo, un divorcio, fallecimiento del empleado o si un niño, de acuerdo con los términos del plan, deja de ser un dependiente. Por la pérdida del empleo o la reducción de las horas de trabajo, la cobertura de COBRA por lo general continuará por 18 meses. Ciertos discapacitados y los miembros de su familia que no son discapacitados podrían ser elegibles para una extensión de 11 meses (de 18 a 29 meses). Otras situaciones pueden extender la cobertura médica hasta 36 meses.

La cobertura de salud grupal para los participantes en COBRA es más cara que el seguro médico de los empleados en actividad, porque el participante en COBRA tiene que pagar su parte de la prima y la que el empleador pagaba mientras el beneficiario estaba trabajando. Sin embargo, generalmente cuesta menos que un seguro médico individual.

## Quando su antiguo empleador se declara en bancarrota

- COBRA podría protegerlo
  - Tal vez se requiera que la cobertura continúe a través de otra empresa con la misma estructura corporativa
- Tal vez pueda obtener “COBRA-for-life”
  - Los beneficios pueden cambiar
  - El costo de dicha cobertura puede aumentar

22

Si usted tiene un seguro médico para jubilado y su antiguo empleador se declara en bancarrota o la empresa cierra, las normas federales de COBRA podrían protegerlo. Estas normas estipulan que cualquier otra compañía dentro de la misma corporación que brinde la cobertura de un EGHP a sus empleados les ofrezca también la continuación de cobertura de COBRA a través de dicho plan.

Si una persona pierde su seguro médico grupal después de haberse jubilado porque su antiguo empleador se declara en bancarrota, podría obtener los beneficios de “COBRA-for-life.” Lo que significa que la persona puede quedarse con COBRA por el resto de su vida o hasta que la empresa ya no exista. Como en cualquier otro plan, los beneficios pueden cambiar y el costo puede aumentar.

Consulte *“Medicare y Otros Beneficios Médicos: Su Guía sobre Quién Paga Primero”*, Pub. de CMS No 02179. Para hacerlo, visite [medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02179.pdf](https://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02179.pdf)

## La cobertura de COBRA

Si usted	Medicare paga primero
Tiene 65 años o más, está discapacitado y tiene <b>COBRA</b>	En la mayoría de los casos
Tiene la continuación de la cobertura de <b>COBRA</b> y tiene derecho a Medicare porque padece de una <b>Enfermedad Renal Terminal (ESRD)</b>	Cuando termine el período de coordinación de 30 meses

23

Medicare generalmente paga antes de COBRA para los ancianos y discapacitados. Si usted padece de ESRD, Medicare paga después de COBRA durante los 30 meses del período de coordinación.

Antes de escoger la cobertura de COBRA, tal vez le convenga hablar con un asesor del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para comprender mejor sus opciones. Por ejemplo, si una persona que ya tiene la Parte A de Medicare escoge COBRA, pero espera para inscribirse en la Parte B hasta la última parte del Período Especial de Inscripción de 8 meses que se le otorga cuando se haya terminado su empleo, el empleador puede hacer que el empleado pague por los servicios que hubiera pagado Medicare si se hubiese inscrito en la Parte B anteriormente.

En algunos estados, los asesores de SHIP también le pueden dar información sobre los plazos de COBRA y los derechos de emisión garantizados de las pólizas Medigap en un determinado estado. Los plazos pueden variar de acuerdo con la ley estatal.

¿Necesita más información? Vea *“Medicare y Otros Beneficios Médicos: Su Guía sobre Quién Paga Primero”*, Publicación de CMS No 02179. Puede ver este producto visitando <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02179.pdf>.

## La cobertura de la Administración de Asuntos de los Veteranos (VA)

- La cobertura de VA
  - Las personas que tienen Medicare y los beneficios de VA
    - Pueden recibir los servicios de cualquiera de los dos programas
  - Medicare paga primero si usted opta por recibir los beneficios a través de Medicare
  - Para recibir los servicios a través de VA
    - Debe recibirlos en una clínica o dependencia de VA o
    - Tener una autorización de VA para que lo traten en otra clínica/centro

24

Las personas que tienen Medicare y los beneficios de VA pueden obtener los servicios médicos de cualquiera de los dos programas. Sin embargo, **deben escoger qué beneficio usarán cada vez que consulten a su médico o reciban atención** por ejemplo, en un hospital. Medicare no pagará por el mismo servicio que fue autorizado por La Administración de Asuntos de los Veteranos; del mismo modo, VA no será el pagador primario de un servicio que haya sido cubierto por Medicare.

Para obtener los beneficios de VA, el paciente debe recibir atención médica en una dependencia de VA o tener una autorización de VA para recibir los servicios en otro centro que no sea de VA.

A los veteranos se les puede cobrar la multa por inscripción tardía en la Parte B, inclusive si están inscritos en el programa de atención médica de VA.

Las prestaciones de VA se brindan a los militares que prestaron servicio activo militar, naval y aéreo y les han dado de baja con honores, han pasado a retiro honorablemente o eran/son reservistas o miembros de la Guardia Nacional y fueron llamados a prestar servicio activo por una orden federal (por otro motivo que no sea el entrenamiento) y estuvieron en servicio durante el período completo. Si desea más información llame a VA al 1-877-222-VETS (8387).

Los Veteranos de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos pueden ser elegibles para un amplio rango de programas y servicios que brinda el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). La elegibilidad para la mayoría de los beneficios de VA está basada en el tipo de baja del servicio que haya recibido la persona de la vida militar, excepto baja deshonrosa. Servicio activo significa servicio a tiempo completo, por otro motivo que no sea el entrenamiento, como miembro del Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, o como oficial encargado del Servicio de Salud Pública, Administración de Servicios de Ciencia Medioambiental o Administración Nacional de Asuntos Oceanográficos y Atmosféricos, o su predecesor, el Servicio Costero y Geodésico.

Para más información sobre la cobertura de VA, visite: <http://www.va.gov/health/default.asp>

## La cobertura de TRICARE For Life (TFL por su sigla en inglés)

- TRICARE For Life
  - Cobertura para los militares jubilados
    - Por los servicios cubiertos por Medicare y TFL
      - Medicare paga primero/TFL paga el resto
    - Por los servicios cubiertos por TFL pero que Medicare no cubre
      - TFL paga primero y Medicare no paga
    - Por los servicios que recibe en un hospital militar o de otro proveedor federal
      - TFL paga y generalmente Medicare no paga

25

Si bien Medicare es su seguro principal (pagador primario), TRICARE for Life será el pagador secundario para disminuir los gastos de su bolsillo. Los beneficios de TFL incluyen la cobertura del coseguro y copagos de Medicare.

Si usted usa un proveedor de Medicare, le enviará la reclamación a Medicare para que pague la parte que le corresponde y le envíe a TFL la reclamación electrónicamente. TFL entonces le pagará al proveedor directamente por los servicios cubiertos por TRICARE.

Por los servicios cubiertos tanto por Medicare como por TRICARE, Medicare paga primero y TFL paga el resto del coseguro correspondiente a los servicios cubiertos por TRICARE.

Por los servicios cubiertos por TRICARE pero no por Medicare, TFL paga primero y Medicare no paga. Usted tiene que pagar el deducible anual de TRICARE y los costos compartidos.

Por los servicios cubiertos por Medicare pero no por TRICARE, Medicare paga primero y TFL no paga. Usted tiene que pagar el deducible anual de Medicare y el coseguro.

Por los servicios que no cubre Medicare y tampoco TRICARE, ni Medicare ni TRICARE pagarán y usted será responsable del pago total de los mismos.

Cuando un beneficiario de TRICARE recibe atención médica en un hospital militar o de cualquier otro proveedor federal, TRICARE pagará la factura. Generalmente, Medicare no paga los servicios que usted haya recibido de un proveedor federal u otra agencia federal.

**NOTA:** TRICARE for Life es la cobertura para todos los beneficiarios de TRICARE que tengan las Partes A y B de Medicare. Los beneficiarios en activo están cubiertos por TRICARE. La situaciones de Coordinación de los Beneficios que se relacionen con TRICARE deben tratarse como se hace con cualquier plan de salud grupal de un empleador.

## Compruebe sus conocimientos- Lección 2

1. Cecilia sufrió una lesión en un accidente automovilístico. Ella tiene Medicare, Medigap, así como una póliza de seguro automovilístico de no responsabilidad. ¿Quién paga primero por sus lesiones?
  - a. Medicare
  - b. El seguro sin parte culpable/de responsabilidad civil
  - c. Medigap
2. Si usted tiene 65 años o más, y tiene una cobertura de Plan de Salud de Grupo de Empleador a través de su actual empleador, ¿cuándo Medicare paga primero?
  - a. Cuando su empleador tiene menos de 10 empleados
  - b. Cuando su empleador tiene menos de 20 empleados
  - c. Cuando su empleador tiene menos de 50 empleados
  - d. Cuando su empleador tiene menos de 100 empleados

26

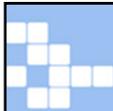
### Compruebe sus conocimientos

1. Cecilia sufrió una lesión en un accidente automovilístico. Ella tiene Medicare, así como una póliza de seguro automovilístico de no responsabilidad. ¿Quién paga primero por sus lesiones?
  - a. Medicare
  - b. El seguro de no responsabilidad/responsabilidad
  - c. Medigap

RESPUESTA: b. El seguro de no responsabilidad/responsabilidad. El asegurador sin parte culpable/de responsabilidad civil es el pagador primario cuando la reclamación por un diagnóstico está relacionada con una lesión sufrida en un accidente automovilístico.

2. Si usted tiene 65 años o más y tiene una cobertura de un Plan de Salud Grupal de Empleador a través de su empleador actual, ¿cuándo Medicare paga primero?
  - a. Cuando su empleador tiene menos de 10 empleados
  - b. Cuando su empleador tiene menos de 20 empleados
  - c. Cuando su empleador tiene menos de 50 empleados
  - d. Cuando su empleador tiene menos de 100 empleados

RESPUESTA b. Medicare pagará primero si usted está cubierto por un plan de salud de grupo de empleador con menos de 20 empleados.



### Lección 3 - La coordinación de los beneficios de las recetas médicas (Parte D)

- La coordinación de los beneficios de las recetas médicas
- Otros pagadores
  - Cuando la Parte D paga primero
- RelayHealth el contratista de la Parte D
- Gastos directos del bolsillo (TrOOP por su sigla en inglés)

27

En esta lección trataremos la coordinación de los beneficios de las recetas médicas de la Parte D.

- La coordinación de los beneficios de las recetas médicas
- Otros pagadores
  - Cuando la Parte D paga primero
- RelayHealth el contratista de la Parte D
- Gastos directos del bolsillo (TrOOP)

## La coordinación de los beneficios de la Parte D

- Se asegura de que los planes de la Parte D hagan los pagos correctos
- Controla los gastos del bolsillo (TrOOP) de la Parte D
- Los planes de la Parte D generalmente pagan primero
- Si Medicare es el pagador secundario
  - La Parte D le deniega un pago como pagador primario
  - El plan de la Parte D hace un pago condicional
    - Para evitar que lo tenga que pagar el beneficiario
    - Dicho pago le será reembolsado a Medicare

28

El programa de Coordinación de los Beneficios (COB, por su sigla en inglés) identifica todos los beneficios disponibles para las personas con Medicare, coordina el proceso de pago y se asegura de que las reclamaciones se paguen correctamente. El objetivo principal es mantener la viabilidad e integridad de los fondos fiduciarios de Medicare. COB también contribuye al monitoreo y cálculo de los gastos del bolsillo (TrOOP) del beneficiario.

Por lo general, Medicare ofrece la cobertura principal de las recetas médicas. Cuando Medicare sea el pagador primario, el plan de la Parte D recibirá la reclamación y pagará primero. Cuando Medicare sea el pagador secundario, el plan de la Parte D se negará a ser el pagador primario de la reclamación.

Cuando Medicare es el pagador secundario de un plan médico que no sea grupal o cuando el plan no sabe si el medicamento cubierto que se necesita está relacionado con una lesión, el plan de la Parte D hará un pago condicional para evitar que tenga que pagarlo el beneficiario, a menos que se den ciertas situaciones.

El plan de la Parte D no pagará si sabe que el beneficiario tiene un seguro de compensación al trabajador, del programa federal de enfermedad pulmonar minera o un seguro de responsabilidad civil o sin parte culpable (contra todo riesgo), y se ha establecido previamente que cierto medicamento se está usando exclusivamente para tratar un problema relacionado con la enfermedad o lesión. Por ejemplo, cuando el beneficiario renueva una receta que anteriormente fue pagada por el seguro de compensación al trabajador, el plan de la Parte D se negará a ser el pagador primario y lo hará como pagador secundario. El pago que puede hacer es “condicional” porque se le debe reembolsar a Medicare una vez que se llegue a un acuerdo, decisión o adjudicación. Los términos propuestos o actualizados del acuerdo se le deben comunicar a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE para hablar con el contratista de COB o enviándole al contratista los documentos por correo.

## Otra cobertura posible de medicamentos

- Plan de salud grupal de empleador
  - Jubilado
  - Empleado activo
  - COBRA
- Estado
  - Los programas Medicaid
  - Los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs)
  - El seguro de compensación al trabajador
- Federal
  - La Parte A o B de Medicare
  - El Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera
  - El servicio médico para indígenas
  - VA
  - TRICARE For Life
  - Programas de Ayuda con Medicamentos para el SIDA (ADAPS)
- Otro
  - Seguro de responsabilidad o sin parte culpable
  - Programas de ayuda al paciente
  - Caridades

29

### Plan de salud grupal de empleador

- Jubilado
- Empleado en actividad
- COBRA

### Federal

- La Parte A o B de Medicare (limitada)
- El Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera (Pulmón negro)
- El servicio médico para indígenas
- VA
- TRICARE For Life
- Programas de Ayuda con Medicamentos para el SIDA (ADAPS)

### Estado

- Los programas Medicaid
- Los Programa Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)
- El seguro de compensación al trabajador

### Otro

- El seguro de responsabilidad civil/ sin parte culpable (contra todo riesgo)
- Los programas de ayuda al paciente
- Caridades o proveedores de beneficencia

## **Lo que deben tener en cuenta las personas con cobertura de jubilado**

- La mayoría de los planes para jubilados ofrecen cobertura para toda la familia
  - El empleador o sindicato deben decirle cómo trabaja el plan con la cobertura de Medicare de las recetas médicas
  - Para información, hable con el administrador de beneficios
- Las personas que cancelan la cobertura de medicamentos para jubilados
  - Pueden perder la cobertura de salud
  - Tal vez no puedan recuperarla
  - Sus familiares también pueden perder la cobertura

30

Tal y como mencionamos anteriormente al tratar sobre la cobertura de salud, los beneficiarios de Medicare que tienen un plan de jubilado de un empleador o sindicato con la cobertura de las recetas médicas deben considerar atentamente sus opciones. Las necesidades del beneficiario pueden cambiar cada año de acuerdo con su estado de salud y sus finanzas. Las opciones de planes para jubilados de su empleador o sindicato también pueden cambiar cada año. Cada plan debe por ley, informarles a sus miembros cómo trabaja la cobertura del plan con los planes de medicamentos de Medicare. Si un beneficiario de Medicare pierde su “cobertura válida” de medicamentos, tiene 63 días para conseguir otra cobertura comparable sin tener que pagar la multa por inscripción tardía. Si desea información sobre el tema, incluido cómo trabaja con la cobertura de medicamentos de Medicare, hable con el administrador de beneficios de su EGHP. La cobertura válida de medicamentos es aquella que en promedio se espera que pague tanto como la cobertura estándar de Medicare de los medicamentos recetados.

Cuando decida si se queda o cancela la cobertura de jubilado de su empleador o sindicato, tenga en cuenta:

- La mayoría de los planes de jubilados de empleador o sindicato ofrecen una cobertura de las recetas médicas comparable a la de Medicare y a menudo, beneficios generosos de hospitalización y cobertura para toda la familia, lo cual es muy importante para las personas que tienen enfermedades crónicas o que requieren hospitalizaciones frecuentes.
- Si cancela su cobertura de jubilado, tal vez no pueda recuperarla.
- Si cancela la cobertura de jubilado de las recetas médicas, tal vez pierda también la cobertura médica y del hospital.
- Los miembros de su familia incluidos en la misma póliza también podrían verse afectados. Por lo tanto, cualquier decisión que tome sobre su cobertura de medicamentos debe tener en cuenta el estado de salud de toda la familia y las necesidades de cobertura.

## La Parte D y la Cobertura de Plan de Salud Grupal de Empleador (EGHP)

Si usted tiene	La Parte D paga primero*
65 años o más y la cobertura de <b>jubilado</b>	Sí
65 años o más y la cobertura de un <b>EGHP</b> de su empleador <b>actual</b> (o el de su cónyuge)	Si la empresa tiene menos de 20 empleados.
Menos de 65 años, tiene una <b>discapacidad</b> y un <b>EGHP</b> de su empleo <b>actual</b> (o de su cónyuge o familiar)	Si la empresa tiene menos de 100 empleados.
Medicare porque padece de una <b>Enfermedad Renal Terminal (ESRD)</b> y tiene la cobertura de un <b>EGHP</b>	Cuando haya terminado el período de coordinación de 30 meses, o si ya tenía Medicare cuando le diagnosticaron la ESRD.

\*Para las recetas médicas cubiertas por las Parte D y necesarias por motivos médicos.

31

La Parte D de Medicare generalmente paga primero si usted tiene un EGHP de jubilado.

La Parte D también paga primero:

- Si usted o su cónyuge está trabajando (tiene 65 años o más) y tiene Medicare y un EGHP con **menos de 20** empleados.
- Si usted tiene menos de 65 años, está discapacitado y tiene un GHP de una empresa que tiene **100 empleados o menos**, y
- Si padece de ESRD y tiene un EGHP de cualquier tamaño **después** del período de coordinación de 30 meses

**AVISO:** El Seguro Médico para los Empleados Federales (FEHB por su sigla en inglés) es un tipo de EGHP. Cubre los empleados actuales y jubilados de un empleo federal. Por lo general, no le conviene tener la Parte D y la cobertura de FEHB a menos que le otorguen la "Ayuda Adicional". Si tiene ambas cobertura y está jubilado, la Parte D pagará primero.

## La Parte D y COBRA

Si usted	La Parte D paga primero*
Tiene 65 años o más, está discapacitado y tiene <b>COBRA</b>	En la mayoría de los casos
Tiene la continuación de la cobertura de <b>COBRA</b> y tiene derecho a Medicare porque padece de una <b>Enfermedad Renal Terminal (ESRD)</b>	Cuando termine el período de coordinación de 30 meses

\*Para las recetas médicas cubiertas por las Parte D y necesarias por motivos médicos.

32

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA por su sigla en inglés) requiere que los empleadores con 20 o más empleados les permitan a sus empleados y a sus dependientes conservar su cobertura médica por un tiempo después de que hayan dejado sus EGHP, en ciertas circunstancias. A esto se le conoce como “continuación de la cobertura”. La ley se aplica a los planes patrocinados por el sector privado y los gobiernos estatales y locales, pero no se aplica a los planes patrocinados por el gobierno federal, el Distrito de Columbia, los territorios y posesiones estadounidenses, o ciertas organizaciones religiosas. (El Programa de Seguro Médico para Empleados Federales también está sujeto a esta continuación temporal de la cobertura médica, según lo estipulado por las Enmiendas a la Ley de Beneficios Médicos para los Empleados Federales de 1988.)

La cobertura de COBRA puede iniciarse por ciertos eventos, tales como la pérdida del empleo o la reducción de las horas de trabajo, un divorcio, fallecimiento del empleado o si un niño de acuerdo con los términos del plan, deja de ser un dependiente. Por la pérdida del empleo o la reducción de las horas de trabajo, la cobertura de COBRA por lo general continuará por 18 meses. Ciertos discapacitados y los miembros de su familia que no son discapacitados podrían ser elegibles para una extensión de 11 meses (de 18 a 29 meses). Otras situaciones pueden extender la cobertura médica hasta 36 meses.

La Parte D de Medicare por lo general paga antes que COBRA para los beneficiarios de 65 años o mayores y los que están discapacitados.

La Parte D de Medicare por lo general paga primero si usted tiene COBRA y padece de ESRD, una vez que haya terminado su período de coordinación de 30 meses.

## La Parte D y los Programas Federales

Si usted	La Parte D paga primero*
Recibe los beneficios del <b>Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera (Pulmón negro)</b> la Parte D puede hacer un pago condicional.	Por los medicamentos que no sean para tratar la enfermedad pulmonar u otras afecciones causadas por el trabajo en la mina de carbón.
Recibe los beneficios del <b>Servicio de Salud para Indígenas (IHS)</b>	Inclusive si usted recibe los medicamentos de IHS, o de una clínica tribal o urbana de servicios para indígenas.

\*Para las recetas médicas cubiertas por las Parte D y necesarias por motivos médicos.

33

**Pulmón negro** – El Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera cubre a las personas que padecen de la enfermedad de pulmón negro causada por el trabajo en las minas de carbón. La Parte D de Medicare no cubre los medicamentos para tratar la enfermedad pulmonar u otras afecciones causadas por el trabajo en la mina de carbón, pero pagará primero por todos los otros medicamentos.

**El Servicio de Salud para Indígenas (IHS)** es el proveedor principal de los beneficiarios de Medicare nativo-americanos o nativos de Alaska (AI/AN). A los beneficiarios de Medicare AI/AN no se les puede cobrar un coseguro o copago. Las clínicas del Servicio de Salud para Indígenas, Tribales o Urbanas para indígenas (una farmacia operada por el HIS, Tribal o Urbana para indígenas tal y como se define en la Sección 4 de la Ley de Mejoras para el Cuidado de la Salud Indígena de 1976, 25 USC 1603) deben eximir a sus miembros del pago de copagos o deducibles que pudiera cobrarles el plan de la Parte D.

Muchas clínicas de salud indígena participan en el programa de Medicare de las recetas médicas. Si usted obtiene un medicamento recetado de una clínica de salud para indígenas no tendrá que pagar nada ni tendrá una interrupción en la cobertura. La COB con IHS y los servicios Tribales se hace con farmacias contratadas de la red. El reglamento requiere que todos los patrocinadores de la Parte D ofrezcan un contrato a las farmacias del Servicio para indígenas así como el tribal o urbano que operan en su zona, para que pertenezcan a la red. Los planes deben demostrarle a CMS que le brindan acceso a los miembros AI/AN a las farmacias del HIS, Tribales o Urbanas.

## La cobertura de VA y de TRICARE For Life (TFL por su sigla en inglés)

Si usted	
Tiene la cobertura de la <b>Administración de Asuntos de los Veteranos (VA)</b>	No hay coordinación de los beneficios. Las recetas médicas deben ser pagadas o por VA o por Medicare.
Tiene <b>TRICARE For Life (TFL)</b>	Por lo general no necesita inscribirse en un plan de la Parte D.

Tanto VA como TRICARE For Life le brinda una ‘cobertura válida’ de medicamentos, lo que significa que es tan buena o mejor que la cobertura de Medicare de la Parte D.

34

Los beneficios de la Administración de Asuntos de los Veteranos (VA), incluida la cobertura de las recetas médicas son distintos a los beneficios brindados por la Parte D de Medicare. Legalmente, VA no puede facturarle a Medicare. Si bien un beneficiario de Medicare puede ser elegible para recibir el beneficio de las recetas médicas de VA y pueden inscribirse también en un plan de la Parte D, no puede utilizar ambos beneficios para una misma receta.

Las recetas médicas de VA por lo general deben escribirlas los médicos de VA y deben comprarse en una clínica de VA o en una Farmacia Consolidada de Pedido por Correo para Paciente Ambulatorio de VA (CMOP). La VA no puede dispensar medicamentos para los patrocinadores de la Parte D. Dado que los beneficios de VA y de la Parte D son diferentes y separados, el copago que haga el veterano a VA no se tendrá en cuenta para el límite de gastos del bolsillo (TrOOP) de la Parte D.

Como la cobertura de las recetas médicas de VA es “cobertura válida”, el beneficiario no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía si más adelante decide inscribirse en un plan de la Parte D. Sin embargo, a ciertos beneficiarios que no reciben el beneficio completo de las recetas médicas de VA, les conviene inscribirse en un plan de la Parte D – especialmente si son elegibles para recibir el Subsidio por Bajos Ingresos (LIS).

La cobertura de TRICARE For Life (TFL) incluye el beneficio de las recetas médicas que se considera como “cobertura válida” de medicamentos, o sea que es tan buena o mejor que la cobertura de la Parte D de Medicare. Las personas que tienen TFL no necesitan inscribirse en un plan de la Parte D cuando tienen el beneficio farmacéutico de TFL. Si en el futuro deciden inscribirse en un plan de la Parte D, no tendrán que pagar la multa por inscripción tardía.

## La Parte D y los programas estatales

Si usted	La Parte D paga primero*
Está inscrito en el programa <b>Medicaid</b> de su estado	Por todos los medicamentos cubiertos por la Parte D. Los estados a través de Medicaid pueden cubrir los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D.
Recibe ayuda de un <b>Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)</b>	Sí. El estado le ayuda a pagar los costos de la Parte D.
Está cubierto por el <b>seguro de compensación al trabajador</b>	Por todos los medicamentos que no sean para tratar la lesión o accidente en el trabajo. Medicare puede hacer un pago condicional.

\*Para las recetas médicas cubiertas por las Parte D y necesarias por motivos médicos

35

De acuerdo con la Ley de Modernización de Medicare (MMA), las personas que tienen tanto Medicare como los beneficios completos de Medicaid (conocidos como doblemente elegibles) ahora reciben la cobertura de las recetas médicas de Medicare en vez de Medicaid. Los estados pueden cubrir los medicamentos excluidos de la Parte D de Medicare. Algunos Planes Medicare para Necesidades Especiales coordinan los servicios cubiertos por Medicare, incluida la cobertura de las recetas médicas para las personas con Medicare y Medicaid.

Si usted recibe asistencia de un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP), la Parte D de Medicare paga primero.

Si tiene el seguro de compensación al trabajador, la Parte D pagará primero por los medicamentos cubiertos que no sean para tratar la lesión o enfermedad relacionada con su trabajo. El plan de la Parte D siempre hace un pago "condicional" para evitar que tenga que pagarlo el beneficiario, excepto en ciertas situaciones. El plan de la Parte D **no** pagará si sabe que el beneficiario tiene el seguro de compensación al trabajador, los beneficios del Programa de Pulmón Negro o el seguro de responsabilidad/contra todo riesgo, y se ha establecido previamente que un determinado medicamento se está usando exclusivamente para tratar una enfermedad o herida relacionada con el accidente. Por ejemplo, cuando un beneficiario renueva una receta que anteriormente fue pagada por la compensación al trabajador, el plan de la Parte D no actuará como pagador primario sino como pagador secundario. El pago que hará es "condicional" porque debe ser devuelto a Medicare cuando se llegue a un acuerdo, decisión o adjudicación. Si desea más información visite [www.cms.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/Downloads/PAPInfo\\_01.24.06.pdf](http://www.cms.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/Downloads/PAPInfo_01.24.06.pdf) y [www.cms.gov/apps/files/factsheets/Tauzin%20PAP.pdf](http://www.cms.gov/apps/files/factsheets/Tauzin%20PAP.pdf).

Para más información acerca del COB y Medicaid visite <http://www.medicaid.gov/index.html>

## La Parte D y otros seguros

Si usted	La Parte D paga primero
Recibe ayuda de un <b>Programa de Ayuda al Paciente (PAP) patrocinado por una compañía farmacéutica</b>	Sí
Obtiene ayuda de un programa de beneficencia	Sí
Está cubierto por un <b>seguro de responsabilidad/contra todo riesgo</b> , el que cubre casos de mala práctica médica, accidente de automóvil o lesión en un lugar público	Por los medicamentos cubiertos por la Parte D que no sean para tratar la lesión o accidente.

36

Los Programas de Ayuda al Paciente (PAP) pueden estructurarse para seguir brindando productos gratuitos a los pacientes inscritos en la Parte D pero como un beneficio separado. O sea que el valor del producto no se tendrá en cuenta para el límite de la Parte D para los gastos de su bolsillo (TrOOP) y será un beneficio completamente separado del beneficio de la Parte D. CMS aconseja a los PAP que hagan un intercambio de los archivos sobre elegibilidad de los pacientes con CMS, para que los planes de la Parte D sepan cuáles son los miembros que reciben ayuda de un PAP y hagan los cambios pertinentes en sus sistemas computarizados para que muestren si un medicamento se provee gratuitamente para el paciente a través de un PAP. Los PAP podrían cobrarle un pequeño copago cuando le entreguen el producto en cuyo caso, dicho copago se tendrá en cuenta para los TrOOP. El beneficiario de Medicare tendrá que mandarle la reclamación impresa a su plan de recetas médicas junto con el comprobante del copago.

Los miembros de los programa caritativos (de beneficencia) pueden presentar la tarjeta en la farmacia para obtener ayuda económica. Las organizaciones de beneficencia que decidan participar en el intercambio electrónico de información pueden acelerar las adjudicaciones de los reclamos en las farmacias. Algunas organizaciones caritativas requieren que sus miembros presenten una reclamación impresa y luego envíen varias reclamaciones juntas al contratista de TrOOP para que revisen el cálculo de las mismas.

Cualquier ayuda financiera proporcionada por una organización caritativa en nombre del beneficiario de la Parte D se tendrá en cuenta para el límite de gastos del bolsillo (TrOOP) para llegar a la cobertura catastrófica, a menos que tenga un plan de salud grupal, otro seguro, los beneficios médicos de un programa del gobierno u otra parte que pague.

Si usted está cubierto por un **seguro de responsabilidad/contra todo riesgo** (sin parte culpable), como el que cubre los accidentes automovilísticos, accidentes en la vía pública o negligencia médica, la Parte D paga primero por todos los medicamentos cubiertos que no sean para tratar la herida o enfermedad provocada por el accidente.

## La Parte D y el contratista de COB

- RelayHealth
  - Centraliza la COB para la Parte D de Medicare al transferir los pagos de otros seguros a los planes de la Parte D
  - Obtiene la información sobre los miembros inscritos
  - Ayuda a calcular y hacer el seguimiento de los TrOOP\*
    - Automatiza la transferencia de saldos
      - Si el miembro cambia de plan

\*Gastos reales del bolsillo- Los gastos que se tienen en cuenta para el límite de gastos del bolsillo de la Parte D (\$4,750 en 2013).

37

CMS contrató exclusivamente a RelayHealth como contratista de transacciones de la Parte D para facilitar el seguimiento de los TrOOP y de las transacciones de elegibilidad para la Parte D de Medicare. Este servicio permite que los planes de la Parte D calculen correctamente el saldo de los TrOOP a través del procesamiento electrónico de las reclamaciones en la farmacia donde compran los medicamentos. Cuando el beneficiario de la Parte D tiene otra cobertura de medicamentos, la COB permite que los planes le brinden cobertura al mismo beneficiario al determinar la responsabilidad de pago de cada uno. De este modo se evita la duplicación de pagos y evita que Medicare pague primero cuando le corresponde ser el pagador secundario.

El contratista se asegura de que los planes de la Parte D tengan la información correcta para calcular cuánto ha pagado el paciente de su bolsillo para ver si ha llegado al límite estipulado por la Parte D. También automatiza la transferencia del saldo de un plan de la Parte A a otro si el beneficiario cambia de plan durante el año.

Los gastos reales del bolsillo (TrOOP por su sigla en inglés) son los gastos que se tienen en cuenta para el límite de gastos del bolsillo estipulado por la Parte D (\$4,750 en el 2013). Los TrOOP determinan cuándo comienza la cobertura catastrófica. El plan monitorea los TrOOP de cada miembro.

## ¿Qué gastos cuentan para el límite de los TrOOP?

Los gastos que cuentan	Los gastos que no cuentan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sus pagos</li> <li>• Los pagos de familiares o terceros</li> <li>• La mayoría de los Programas de Ayuda Farmacéutica (SPAPs)</li> <li>• La Ayuda Adicional</li> <li>• Organizaciones de beneficencia (a menos que estén establecidas o controladas por un empleador o sindicato)</li> <li>• Servicios médicos para indígenas</li> <li>• Programas de ayuda con los medicamentos para el SIDA</li> <li>• Pagos de los fabricantes a través de los descuentos durante la interrupción en la cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes de salud grupales (incluida la cobertura de jubilado de un empleador o sindicato)</li> <li>• Programas subvencionados por el gobierno (incluye TRICARE y VA)</li> <li>• Programa de ayuda al paciente de las compañías farmacéuticas (PAP)</li> <li>• Otros pagadores</li> </ul>

38

Los gastos del bolsillo (TrOOP) que se tienen en cuenta para el límite, son gastos en medicamentos del formulario del plan pagados por:

- Usted, su familia o terceros
- La mayoría de los Programas de Ayuda Farmacéutica (SPAPs)
- La Ayuda Adicional
- La organizaciones de beneficencia, a menos que estén establecidas, administradas o controladas por su empleador actual o pasado o su sindicato
- Los Servicios de Salud para Indígenas o los programas de ayuda con los medicamentos para el SIDA, y
- Los fabricantes que participan del programa de descuento durante la interrupción en la cobertura

Los gastos siguientes no se tienen en cuenta para el límite de gastos del bolsillo:

- Los planes de salud grupales, que incluyen también la cobertura de jubilados de un empleador o sindicato (y las Cuentas de Ahorros Médicos (HSAs) cuando estén estructurados como un plan de salud grupal)
- Los programa subsidiados por el gobierno, que incluyen a TRICARE o VA
- Los Programa de Ayuda al Paciente patrocinados por las compañías farmacéuticas (PAP) que les brindan productos gratuitos o con descuentos considerables. Usted puede seguir aprovechando estos programas, pero el valor de estos productos que recibe no se tendrá en cuenta para los TrOOP. Los PAP pueden cobrarle un pequeño copago por los productos que le proporcionan, y dicho copago sí se tendrá en cuenta para el límite de los TrOOP. Usted tendrá que mandarle una reclamación impresa a su plan de Medicare junto con el comprobante de que hizo el copago. Encontrará la lista de los PAP en [www.rxassist.org](http://www.rxassist.org), y
- Otros pagadores

 **Compruebe sus conocimientos- Lección 3**

1. La cobertura de medicamentos para jubilados siempre paga primero que la Parte D de Medicare.
  - a. Verdadero
  - b. Falso**
2. El contratista Facilitador de la Transacción de la Parte D, RelayHealth...
  - a. Facilita COB para la Parte D de Medicare al reportar los pagos de otros seguros a los planes de la Parte D
  - b. Obtiene la información sobre los miembros inscritos
  - c. Ayuda a calcular/hacer el seguimiento de los costos de TrOOP
  - d. Todo lo anterior**

39

Compruebe sus conocimientos

La cobertura de medicamentos para jubilados siempre paga primero que la Parte D de Medicare.

A. Verdadero

B. Falso

Respuesta:

B. Falso

La Parte D paga primero que la cobertura de jubilados.

# A quién debe llamar para...

<b>Contratista de COB para...</b>	<b>Llame al Contratista Administrativo de Medicare para...</b>	<b>Llame a 1-800-MEDICARE para...</b>	<b>Llame al Seguro Social para...</b>
Informar sobre cambios en el empleo u otra información sobre su seguro.	Respuesta a sus preguntas sobre una reclamación a Medicare, denegación de un servicio o ajustes.	Información general sobre Medicare.	Inscribirse en el programa Medicare.
Informar sobre un caso del seguro de responsabilidad/sin parte culpable o de compensación al trabajador.	Respuestas sobre cómo facturar un pago.	Información sobre sus opciones de planes de salud de Medicare.	Reemplazar su tarjeta de Medicare.
Preguntas sobre Medicare como Pagador Secundario (MSP)	El procesamiento de los reclamos para que los paguen los pagadores primarios o secundarios.	Pedir publicaciones de Medicare.	Cambio de domicilio.
Preguntas sobre las cartas y cuestionarios sobre Medicare como Pagador Secundario (MSP).	Devolver los pagos erróneos hechos por Medicare.		Verificar su cobertura de Medicare.

# La guía sobre la coordinación de los beneficios

## Recursos

**Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS)**  
 1-800-MEDICARE  
 (1-800-633-4227)  
 (TTY 1-877-486-2048)  
[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

[www.CMS.gov](http://www.CMS.gov)

**Contratista de coordinación de beneficios**  
 1-800-999-1118  
 (TTY 1-800-318-8782)  
[www.cms.gov/COBGeneralInformation/](http://www.cms.gov/COBGeneralInformation/)  
[www.cms.gov/COBAGreement/](http://www.cms.gov/COBAGreement/)

**Departamento de trabajo**  
 1-866-4-USA-DOL  
 (1-866-487-2365)  
<http://www.dol.gov/dol/topics/health-plans/cobra.htm>

**Oficina de administración de personal**  
 1-888-767-6738  
 (TTY 1-800-878-5707)

**Generalidades de los beneficios de Medicare/TRICARE**  
[www.tricare.mil/mybenefit/home/overview/plans](http://www.tricare.mil/mybenefit/home/overview/plans)

**Departamento de la defensa (para información acerca de TRICARE)**  
 1-877-363-1303  
 (TTY 1-877-540-6261)

**Departamento de asuntos de los veteranos**  
 1-800-827-1000  
 (TTY 1-800-829-4833 )

**Recuperación de pagos secundarios de Medicare**  
 1-866-677-7220  
 (TTY 1-866-677-7294)

**Ley de atención médica asequible**  
[www.healthcare.gov/center/authorities/patient\\_protection\\_affordable\\_care\\_act\\_as\\_passed.pdf](http://www.healthcare.gov/center/authorities/patient_protection_affordable_care_act_as_passed.pdf)

## Publicaciones de Medicare

**Manual “Medicare y Usted”**  
 Publicación de CMS No. 10050)

**Sus beneficios en Medicare**  
 Publicación de CMS No. 10116

**Medicare y otros beneficios de cuidados de la salud:**

**Su guía ¿Quién paga primero?**  
 Publicación de CMS No. 02179

**Para acceder a estas publicaciones**

Vea y pida copias visitando [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

Pida copias múltiples (sólo para proveedores) en [www.productordering.cms.hhs.gov](http://www.productordering.cms.hhs.gov). Deberá inscribirse a su organización.

## Acrónimos

ADAPS	Programas de Ayuda con los Medicamentos para el SIDA
AI/AN	Indio americano/nativo de Alaska
CHIP	Seguro Médico para los Niños
CMOP	Farmacia Consolidada de Pedido por Correo para pacientes Ambulatorios
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
COB	Coordinación de Beneficios
COBRA	Ley Omnibus de Reconciliación Presupuestaria
CWF	Archivo Común de Trabajo
EGHP	Plan de Salud Grupal de Empleador
ESRD	Enfermedad Renal Terminal
FEHB	Seguro Médico para Empleados Federales
GHP	Plan de Salud Grupal
HMO	Organización para el Mantenimiento de la Salud
IHS	Servicios de Salud para Indígenas
IRS	Servicio de Rentas Internas
I/T/U	Servicio de Salud para Indígenas, Tribal y Servicio Indígena Urbano
MBD	Banco de datos del beneficiario de Medicare
MMA	Ley de Modernización de Medicare
MMSEA	Medicare, Medicaid, y la extensión de la Ley SCHIP
MSN	Resumen de Medicare
MSP	Medicare como Pagador Secundario
PAP	Programa de Ayuda Farmacéutica
SCHIP	Seguro Médico Estatal para los Niños
SHIP	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico
SPAP	Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica
SSA	Administración del Seguro Social
TFL	TRICARE for Life
TrOOP	Gastos Reales del Bolsillo
VA	Asuntos de Veteranos
VDSA	Acuerdo Voluntario de Intercambio de Datos
WCMSA	Cantidad Estipulada para Medicare de la Compensación al Trabajador



Este módulo fue ofrecido por

**El Programa Nacional de Entrenamiento de CMS**

Si tiene preguntas sobre estos materiales de entrenamiento, envíe un correo electrónico a [Training@cms.hhs.gov](mailto:Training@cms.hhs.gov)

Para ver todos los materiales NTP o para suscribirse a nuestra listserv (lista de servicios), visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html>

Este módulo de entrenamiento fue ofrecido por el Programa Nacional de Entrenamiento de CMS. Si tiene preguntas sobre estos materiales de entrenamiento, envíe un correo electrónico a [training@cms.hhs.gov](mailto:training@cms.hhs.gov). Para ver todos los materiales del Programa Nacional de Entrenamiento de CMS. P o para suscribirse a nuestra listserv (lista de servicios), visite [www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram).