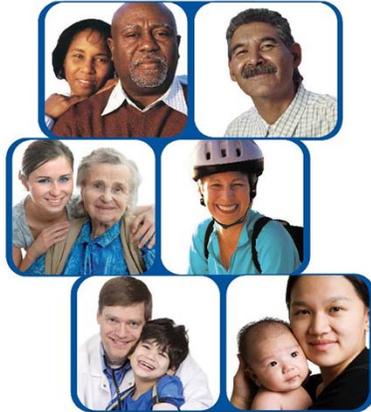




Programa de Entrenamiento Nacional



Módulo 1 Entienda cómo funciona Medicare

Módulo 1: *Entienda cómo funciona Medicare* le explica lo básico sobre los programas Medicare, Medigap y otros programas de ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados.

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

Para verificar la versión actualizada de este módulo de entrenamiento, visite <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMNationalTrainingProgram/Index.html>

Si desea saber las actualizaciones sobre la reforma del seguro médico, visite www.healthcare.gov.

Para consultas acerca de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio), visite www.healthcare.gov/law/full/index.html

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



Objetivos de la sesión

- Esta sesión le ayudará a
 - Distinguir las diferentes partes de Medicare
 - Comparar las opciones de cobertura de Medicare
 - Entender los servicios e insumos cubiertos por Medicare
 - Conocer los derechos y apelaciones de Medicare
 - Explicar los programas para personas con ingresos y recursos limitados

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

2

Esta sesión le ayudará a

- Distinguir las diferentes partes de Medicare
- Comparar las opciones de cobertura de Medicare
- Entender los servicios e insumos cubiertos por Medicare
- Conocer los derechos y apelaciones de Medicare
- Explicar los programas para personas con ingresos y recursos limitados



Lección 1 – Lo básico del programa Medicare

- ¿Qué es Medicare?
- La inscripción en Medicare
- Beneficios y costos de Parte A y B

05/14/2013 Entiende cómo funciona Medicare 3

Lección 1 – Lo básico del programa Medicare

- ¿Qué es Medicare?
- La inscripción en Medicare
- Beneficios y costos de Parte A y B

¿Qué es Medicare?

- Es un seguro médico para tres grupos de personas
 - Las que tienen 65 años o más
 - Las personas discapacitadas menores de 65 años
 - Las personas de cualquier edad que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD)
- Administrado por
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

4

El presidente Lyndon Johnson promulgó la Ley de los programas Medicare y Medicaid el 30 de julio de 1965. Medicaid entró en vigencia el 1 de enero de 1966 y Medicare el 1 de julio de 1966.

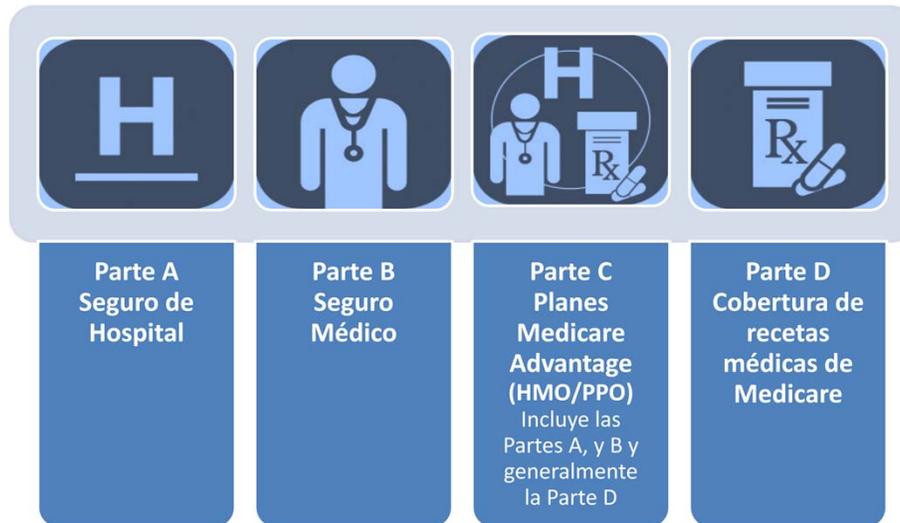
Medicare es el seguro médico más grande de la nación y actualmente brinda cobertura aproximadamente a 52 millones de estadounidenses.

Medicare es un seguro médico para tres grupos de personas.

- Las personas de 65 años o más
- Las menores de 65 años con ciertas discapacidades que han recibido los beneficios del Seguro Social por discapacidad o beneficios de jubilación ferroviaria por 24 meses. El período de espera de 24 meses estipulado por Medicare no se aplica a las personas que padecen de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS, también conocida como enfermedad de Lou Gehrig). Las personas con ALS obtendrán la cobertura de Medicare el primer mes de sus beneficios por discapacidad. Esta norma entró en vigencia el 1 de julio de 2001.
- Las personas de cualquier edad que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD) que es una insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) administran el programa Medicare.

Medicare tiene cuatro partes



05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

5

Medicare cubre varios tipos de servicios y usted tiene opciones para escoger la forma en que recibe los beneficios. Medicare tiene cuatro partes:

- **Parte A (Seguro del Hospital)** le ayuda a pagar la estadía en el hospital, en un centro de enfermería especializada, el cuidado de la salud en el hogar, el cuidado de hospicio y sangre.
- **Parte B (Seguro Médico)** le ayuda a pagar los servicios necesarios por motivos médicos, como la consulta médica o la atención ambulatoria. La Parte B también cubre los servicios preventivos como las vacunas, análisis para diagnóstico, algunas terapias y el equipo médico duradero como las sillas de ruedas y andadores.
- **Parte C (Medicare Advantage)** es otra manera de recibir las prestaciones de Medicare. Combina las Partes A y B y a veces la Parte D (la cobertura de las recetas médicas). Los Planes Medicare Advantage son administrados por compañías privadas aprobadas por Medicare. Estos planes deben cubrir todos los servicios que sean necesarios por motivos médicos. Sin embargo, los planes pueden cobrarle copagos, coaseguro o deducibles diferentes de los que les cobra el Medicare Original.
- **Parte D (La cobertura de las recetas médicas)** le ayuda a pagar por los medicamentos recetados para los pacientes ambulatorios y pueden ayudarle a bajar los precios de sus medicamentos y a protegerlo contra el futuro aumento de los precios.

La inscripción automática– Partes A y B

- Automática para los que reciben
 - Las prestaciones del Seguro Social
 - Las prestaciones de la Junta de Retiro Ferroviario
- El paquete del Período de Inscripción Inicial
 - Se lo envían por correo tres meses antes de que:
 - Cumpla 65 años
 - En el mes número 25 de sus beneficios por discapacidad
- El resto de los beneficiarios deben inscribirse ellos mismos



05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

6

En la mayoría de los casos, si ya está recibiendo los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), lo inscribirán automáticamente en las Partes A y B de Medicare el primer día del mes en que cumpla 65 años. Si cumple años el primer día del mes, la cobertura de las Partes A y B entrará en vigencia el primer día del mes anterior.

Si está discapacitado y tiene menos de 65 años, obtendrá las Partes A y B automáticamente cuando haya recibido los beneficios por discapacidad del Seguro Social y ciertos beneficios por discapacidad de RRB por 24 meses. Si padece de ALS (enfermedad de Lou Gehrig), le otorgarán automáticamente la cobertura de las Partes A y B a partir del primer mes en que reciba los beneficios por discapacidad.

Usted recibirá su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul), unos 3 meses antes de cumplir 65 años (durante el Período Inicial de Inscripción (IEP)) o al vigesimoquinto (25) mes de recibir beneficios por discapacidad. Si no desea la Parte B, siga las instrucciones que le envían con la tarjeta y devuélvala. Si no lo hace tendrá que pagar la prima de la Parte B.

Si no recibe las prestaciones del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, tendrá que inscribirse en Medicare. Luego mencionaremos los otros períodos en los que puede inscribirse después.

AVISO: Si usted reside en Puerto Rico o en el extranjero y recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) será inscrito automáticamente en la Parte A. Si desea la Parte B, tendrá que inscribirse. Los residentes en Puerto Rico deberán comunicarse con su oficina local del Seguro Social para obtener más información. Los residentes en el extranjero comunicarse con cualquier oficina consular de los Estados Unidos. Usted no recibirá el formulario para el período inicial de inscripción cuya cubierta aparece en la diapositiva. Recibirá un paquete diferente.

La tarjeta de Medicare

- Guárdela y acepte las Partes A y B de Medicare
- Devuélvala si desea rechazar la Parte B
 - Siga las instrucciones en el reverso de la tarjeta

Anverso

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

Reverso

7

Cuando usted está inscrito Medicare Original, usa su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul cuando recibe los servicios médicos.

La tarjeta de Medicare indica qué cobertura de Medicare tiene (Parte A y/o Parte B) y la fecha en la que se inicia la cobertura. Su tarjeta podría ser un poco diferente pero sigue siendo válida.

En la tarjeta de Medicare también encontrará su número de reclamación. Para la mayoría de los beneficiarios el número de reclamación está formado por 9 números y 1 letra. También podría contener otra letra o número, después de la primer letra. Los 9 números muestran el archivo del Seguro Social en el que se basaron para otorgarle Medicare. La letra o letras y números indican su relación con la persona a quién pertenece ese número. Por ejemplo, si usted obtiene Medicare basándose en su propio archivo del Seguro Social, puede que su tarjeta tenga una letra “A,” “T,” o “M” dependiendo de si usted recibe los beneficios de Medicare y del Seguro Social o solamente de Medicare. Si usted tiene Medicare por su cónyuge, tal vez tenga una letra B o D. Los jubilados ferroviarios tendrán números y letras delante de su número de Seguro Social. Estas letras y números no tienen nada que ver en cuanto a si usted tiene la Parte A o la Parte B de Medicare. Comuníquese con el Seguro Social (o con la Junta de Retiro Ferroviario si recibe las prestaciones), si cualquier información en la tarjeta es incorrecta.

Si usted no quiere la Parte B, siga las instrucciones y devuelva la tarjeta. Más adelante le explicaremos por qué usted tal vez no quiera obtener la Parte B.

Si usted elije otro plan de salud de Medicare, su plan tal vez le facilite una tarjeta para utilizarla cuando obtenga servicios y suministros.

Cuando la inscripción NO es automática

- Algunas personas tienen que inscribirse
 - Las personas que no están inscritas automáticamente
 - Por ejemplo, si no reciben beneficios del SS o RRB
 - Aun si usted puede obtener la Parte A sin pago de la prima
- Debe inscribirse a través del Seguro Social
 - De la Junta de Retiro Ferroviario para retirados del ferrocarril
- Puede inscribirse 3 meses antes de cumplir 65 años de edad
 - No necesita estar jubilado

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

8

Si no está recibiendo los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) (por ejemplo, porque aún sigue trabajando), tendrá que inscribirse en la Parte A (aun si es elegible para la Parte A sin el pago de la prima). Debe comunicarse con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir 65 años. Si es un jubilado ferroviario, debe comunicarse con RRB para inscribirse.

Si bien Medicare está administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la Administración del Seguro Social (SSA) es responsable de inscribir a la mayoría de los beneficiarios en Medicare. La RRB es responsable de inscribir en Medicare a los jubilados ferroviarios.

El Seguro Social les aconseja a los beneficiarios que soliciten los beneficios de Medicare 3 meses antes de cumplir 65 años. Usted no tiene que estar jubilado para obtener Medicare. La edad para obtener los beneficios completos del Seguro Social en la actualidad es 66 años (para las personas nacidas entre 1943 y 1954) y se incrementará gradualmente a los 67 años para las personas nacidas en 1960 o más tarde, pero usted aún puede recibir los beneficios completos de Medicare al cumplir 65 años de edad.

Si no lo inscriben automáticamente tiene un Período Inicial de Inscripción de 7 meses							
Sin demora				Inicio retrasado			
Si se inscribe en la Parte B	3 meses antes de cumplir 65 años	2 meses antes de cumplir 65 años	1 mes antes de cumplir 65 años	<i>El mes en que cumple 65 años</i>	1 mes después de cumplir 65 años	2 meses después de cumplir 65 años	3 meses después de cumplir 65 años
Inscríbase temprano para evitar retrasos en la cobertura de los servicios de la Parte B. La cobertura comenzará el mes en que cumpla 65 años, por eso debe inscribirse durante los 3 meses anteriores.				Si espera para inscribirse en la Parte B hasta los últimos cuatro meses del Período Inicial de Inscripción, se retrasará el inicio de su cobertura.			

Si no lo inscriben automáticamente, podrá inscribirse en Medicare durante el Período Inicial de Inscripción (IEP). Podrá inscribirse a la Parte A y/o Parte B durante el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años

Si se inscribe en la Parte A y/o B durante los primeros 3 meses de su IEP, el día en que inicia la cobertura dependerá de su cumpleaños:

- Si su cumpleaños no es el primer día del mes, la cobertura de su Parte B comienza el primer día del mes de su cumpleaños. Por ejemplo, el Sr. Torres cumplirá 65 años el 20 de julio de 2013. Si se inscribe en abril, mayo o junio, su cobertura empezará el primero de julio de 2013.
- Si su cumpleaños es el primer día del mes, su cobertura iniciará el primer día del mes anterior. Por ejemplo, el Sr. Pinto cumple años el 1º de julio de 2013. Si se inscribe en marzo, abril o mayo, su cobertura iniciará el primero de junio de 2013. Para leer la tabla de arriba, use el mes antes de su cumpleaños como el “mes en que cumple 65 años”.

Si se inscribe en la Parte A y/o B el mes en que cumple 65 o durante los últimos 3 meses de su IEP, su fecha de inicio se retrasará. La cobertura comienza el primer día del:

- Mes que le sigue al mes en que se inscribió, si la inscripción ocurre durante el cuarto mes de su IEP (el mes en el que cumple 65 años),
- El segundo mes siguiente al mes de la inscripción si la inscripción ocurre durante el quinto mes del IEP o
- El tercer mes siguiente al mes de la inscripción, si la inscripción ocurre durante el sexto o séptimo mes del IEP.

Podrá elegir si se inscribe o no a la Parte B. Si lo hace, pagará una prima mensual para la Parte B de Medicare.

El Período General de Inscripción (GEP)

- Del 1° de enero al 31 de marzo de cada año
- La cobertura comienza el 1° de julio
- Multa por inscripción tardía
 - 10% por cada 12 meses en los que podría haberse inscrito y no lo hizo
 - Tendrá que pagar la multa durante todo el tiempo que tenga la Parte B
 - Hay unas pocas excepciones

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

10

Si no se inscribe en la Parte A y/o B cuando es elegible por primera vez, podrá hacerlo entre el 1º de enero y el 31 de marzo de cada año. Su cobertura iniciará el 1º de julio. Es posible que tenga que pagar una prima más alta para la parte A y/o B por ser una inscripción tardía.

Si no toma la parte B cuando es elegible por primera vez, tendrá que pagar una multa del 10% por cada periodo completo de 12 meses en que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió, excepto en situaciones especiales. En la mayoría de los casos tendrán que pagar esta multa mientras tengan la Parte B.

La inscripción en la Parte B si tiene la cobertura de un empleador o sindicato

- Puede afectar sus derechos de inscripción en la Parte B
 - Tal vez le convenga posponer la inscripción en la Parte B si
 - Tiene la cobertura de un empleador o sindicato
 - Usted, su cónyuge, o un familiar si usted está discapacitado, sigue trabajando
- Entérese cómo trabaja su seguro con Medicare
 - Hable con su administrador de beneficios

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

11

Si usted o su cónyuge (o miembro de la familia si usted está discapacitado) aún trabajan y tiene cobertura de salud a través de su empleador o sindicato, contacte a su administrador de beneficios para averiguar cómo funciona su cobertura con Medicare. Esto incluye el empleo federal o estatal, pero no el servicio militar. Tal vez le convenga retrasar su inscripción en la Parte B.

Quando la cobertura de su empleador o sindicato termina

- Cuando termina su empleo
 - Usted puede escoger el beneficio de COBRA
 - Le otorgarán un Período Especial de Inscripción
 - Para inscribirse en la Parte B sin pagar la multa
- Período de Inscripción abierta para Medigap
 - Comienza cuando tiene 65 años y se inscribe en la Parte B
 - Una vez que comienza no puede atrasarse o repetirse
 - Período de 6 meses

05/14/2013

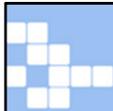
Entienda cómo funciona Medicare

12

Quando termina su empleo y usted no está inscrito en la Parte B pueden pasar varias cosas:

- Tal vez tenga la oportunidad de escoger la cobertura de la Ley de Reconciliación del Presupuesto Omnibus (COBRA) que extenderá su cobertura médica a través del plan de su empleador (en la mayoría de los casos solamente por 18 meses) y probablemente le costará más.
- Se le puede otorgar un Período Especial de Inscripción (SEP) en la Parte B sin tener que pagar la multa por inscripción tardía. Este período de 8 meses comienza el mes en que termina su empleo. El período tendrá vigencia independientemente de que usted escoja o no la cobertura de COBRA. No espere hasta que termine COBRA para inscribirse en la Parte B. Si se inscribe en la Parte B después de los ocho meses del período especial de inscripción, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía y tendrá que esperar hasta el próximo período general de inscripción.

Medicare no paga todos los gastos del cuidado de su salud. Una forma de cubrir los costos que Medicare no paga es comprando una póliza de Medigap (Seguro Suplementario Medicare). Abordaremos este tema y otros más adelante, pero es importante que usted sepa que cuando se inscribe en la Parte B, tiene un periodo abierto de inscripción a Medigap de 6 meses durante el cual tiene el derecho garantizado a comprar una póliza de Medigap. Una vez que este período empieza, no puede repetirse o retrasarse.



Beneficios y Costos de la Parte A y Parte B

- Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)
 - Lo que cubre
 - Precios de la Parte A
- Parte B de Medicare (Seguro Médico)
 - Lo que cubre
 - Precios de la Parte B

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

13

Los beneficios y costos de la Parte A y Parte B se explican a continuación:

- Parte A de Medicare
 - Lo que cubre
 - Los costos de la Parte A
- Parte B de Medicare
 - Lo que cubre
 - Los costos de la Parte B

Los servicios cubiertos por la Parte A	
Estadías en el hospital	Habitación semiprivada, comidas, enfermería general y otros servicios e insumos del hospital. Incluye la atención en los hospitales de acceso crítico, los centros de rehabilitación para pacientes internados, y el cuidado de la salud mental para los pacientes internados en un centro psiquiátrico (límite de 190 durante toda su vida). Generalmente cubre todos los medicamentos para su tratamiento durante la estadía.
Cuidado de Enfermería Especializada	Habitación semiprivada, comidas, enfermería especializada, servicios de rehabilitación y otros servicios y suministros.
Cuidado de la Salud en el Hogar	Puede incluir el cuidado especializado intermitente o a tiempo parcial, las terapias física, del lenguaje/habla y ocupacional, algunos servicios de auxiliar para el hogar, servicios sociales e insumos médicos.
Cuidado de Hospicio	Para las personas con enfermedades terminales, incluye los servicios médicos, de apoyo y los medicamentos brindados en un hospicio aprobado por Medicare.
Sangre	En la mayoría de los casos, si usted está internado y necesita sangre, no tendrá que pagarla ni reponerla.

La Parte A de Medicare (Seguro de hospital) cubre los servicios necesarios por motivos médicos.

Estadía en el hospital- cubre la habitación semiprivada, comidas, enfermería general y otros servicios y suministros del hospital. Incluye la atención en los hospitales de acceso crítico y los centros de rehabilitación para pacientes internados. Los servicios para los pacientes internados en un centro psiquiátrico (límite de 190 durante toda su vida). La cobertura no incluye una enfermera privada, televisión o teléfono en la habitación si se cobran por separado, ni habitación privada, a menos que sea necesaria por motivos médicos. Generalmente incluye los medicamentos que recibe durante su estadía.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (no incluye el cuidado de compañía ni el cuidado a largo plazo) – cubre una habitación semiprivada, comidas, enfermería especializada, servicios de rehabilitación, insumos y otros servicios.

Cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria) – cubre servicios necesarios por motivos médicos, de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente y/o terapia física o del lenguaje/habla, o terapia ocupacional continua. Un médico que trabaja con Medicare o ciertos proveedores de cuidados médicos que trabajen con ese doctor deben entrevistarlos personalmente para certificar que necesita los servicios de cuidado en el hogar. Ese médico ordenará los servicios, y los mismos deben ser brindados por una agencia para el cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare. Los servicios pueden incluir servicios sociales médicos, servicios de ayuda en casa parcial o en forma intermitente, equipo médico durable y suministros médicos para usarse en casa. Usted debe estar confinado en su hogar, lo cual significa que el salir de su casa supone un gran esfuerzo.

Cuidado de hospicio - para las personas que padecen una enfermedad terminal. El médico debe certificar que probablemente le queden 6 meses o menos de vida. La certificación puede extenderse por períodos de 6 meses. La cobertura incluye los medicamentos para calmar el dolor y controlar los síntomas; los servicios médicos, de enfermería y sociales, otros servicios cubiertos, así como aquellos servicios que Medicare generalmente no cubre, como los servicios de apoyo emotivo para lidiar con la situación terminal.

Sangre - En la mayoría de los casos si usted está internado y necesita sangre, no tendrá que pagarla ni reponerla.

Lo que usted paga por la Parte A

- La mayoría de las personas consiguen la Parte A sin tener que pagar una prima
 - Si usted pagó los impuestos FICA por al menos 10 años
- Si pagó FICA por menos de 10 años
 - Puede conseguir la Parte A pagando una prima
 - Tal vez tenga que pagar una multa si no compra la Parte A cuando es elegible por primera vez

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

15

Usted normalmente no paga una prima mensual para la Parte A de Medicare si usted o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaba. A esto a veces se le conoce como Parte A sin pago de prima.

Si usted o su cónyuge no califican para la Parte A de Medicare sin pago de la prima, aún podrá obtener la Parte A si:

- Tiene 65 años o más y tiene (o se ha inscrito) a la Parte B y cumple los requisitos de ciudadanía y residencia.
- Si tiene menos de 65 años, está discapacitado y su Parte A sin pago de prima ha terminado ya que regresó a trabajar. (Si es menor de 65 años y está discapacitado, puede seguir con la Parte A sin pago de prima por hasta 8.5 años después de haber regresado a trabajar).

En la mayoría de los casos, si elige comprar la Parte A, deberá también tener la Parte B y pagar las primas de ambas mensualmente. El monto de la prima depende del tiempo durante el cual usted o su cónyuge trabajaron en un empleo cubierto por Medicare.

Si ha trabajado menos de 30 trimestres en un empleo cubierto por Medicare la prima de la Parte A será de \$441 al mes (en 2013). Si ha trabajado 30-39 trimestres su prima para la Parte A será 45% de esa cantidad o \$243 al mes (en 2013). El Seguro Social decide si usted tiene que pagar una prima por la Parte A.

Si usted no es elegible para la Parte A sin pago de prima, y no la compra cuando es elegible por primera vez, su prima mensual puede aumentar un 10%. Tendrá que pagar la prima más alta por el doble del número de años que pudo haber tenido la Parte A pero no lo hizo.

Si desea información sobre su derecho a la Parte A, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Atención hospitalaria

- Habitaciones semiprivadas
- Alimentos
- Atención general de enfermería
- Medicamentos que son parte del tratamiento del paciente hospitalizado
- Servicios e insumos del hospital

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

16

Medicare cubre habitaciones semiprivadas, alimentos, enfermería general y medicamentos, como parte de su tratamiento en el hospital y otros servicios e insumos que reciba en el hospital. Esto incluye la atención en los hospitales de urgencias, de acceso crítico, y centros de rehabilitación para pacientes internados, hospitales para cuidado de largo plazo, atención del hospitalizado como parte del estudio de investigación clínica y centros psiquiátricos. Esto no incluye una enfermera privada, televisión o teléfono en su habitación (si se cobran por separado), o artículos de cuidado personal como rasuradoras, calcetines. Tampoco incluye una habitación privada a menos que sea necesario por motivos médicos. Si tiene la Parte B, ésta cubre los servicios de doctores mientras se encuentra en el hospital.

AVISO: El quedarse en la noche en un hospital, no siempre significa que es un paciente hospitalizado. A usted se le considera como hospitalizado el día en que el doctor lo admite formalmente en el hospital con una orden del doctor. Siempre pregunte si se considera un paciente hospitalizado o ambulatorio ya que esto afecta lo que tiene que pagar y si calificará para la Parte A en un centro de enfermería especializada.

Períodos de beneficio

- Mide el uso de los servicios de internación en un hospital y en un centro de enfermería especializada (SNF)
- Empieza el primer día en que lo admiten
 - En un hospital o centro de enfermería especializada
- Termina cuando no haya estado internado en un hospital/SNF por 60 días seguidos
- Usted paga el deducible de la Parte A por cada período de beneficio
 - \$1,184 en el 2013
- No hay un límite al número de períodos de beneficio que puede tener

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

17

Un período de beneficio es el modo en que Medicare mide el uso de los servicios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día en que lo admiten al hospital o al centro de enfermería especializada.

Termina cuando no está recibiendo los servicios del hospital o de un SNF por 60 días consecutivos. Si usted es admitido en el hospital después que haya terminado un período de beneficio, comenzará otro nuevo.

Usted debe pagar el deducible de internación en el hospital (\$1,184 en el 2013) por cada período de beneficio. No hay un límite para el número de períodos de beneficio que puede obtener.

Lo que paga por su estadía en el hospital

Por cada período de beneficio en 2013	Usted paga
De 1-60 días	Deducible de \$1,184
De 61-90 días	\$296 por día
De 91-150 días	\$592 por día (60 días de reserva vitalicios)
Después de 150 días	Todos los gastos

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

18

En el 2013, usted paga por cada período de beneficio:

- Un total de \$1,184, sin copago por una estadía en el hospital de 1-60 días.
- \$296 diarios por una estadía en el hospital de 61-90 días.
- \$592 diarios por días de reserva vitalicios después del día 90 durante un período de beneficio (hasta 60 días durante el transcurso de su vida)
 - El Medicare Original pagará por un total de 60 días adicionales – conocidos como “días de reserva vitalicios”—cuando usted está internado en el hospital más de 90 días durante un período de beneficio. Una vez que los 60 días de reserva se han usado, no se le otorgarán más días adicionales por el resto de su vida.
- Usted pagará todos los costos por cada día que pase después de sus días de reserva vitalicios.

NOTA: La atención en un centro psiquiátrico está limitada a 190 días durante el transcurso de su vida.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)

- Tiene que cumplir los requisitos siguientes:
 - Debe necesitar servicios especializados diarios
 - No solamente cuidado a largo plazo o de compañía
 - Debe estar internado en el hospital 3 días consecutivos o más
 - Admitido en un SNF en un plazo específico
 - Generalmente 30 días después de dejar el hospital
 - El cuidado en SNF debe ser por una condición tratada en el hospital
 - O por una condición que surgió mientras recibió cuidado en el SNF por un problema tratado en el hospital
 - El SNF debe participar en el programa de Medicare

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

19

La Parte A de Medicare pagará por la atención en un SNF para los beneficiarios que cumplen las condiciones siguientes:

- Su problema de salud requiere cuidado especializado o rehabilitación diaria, que solamente puede brindarse en un centro de enfermería especializada.
- No incluye el cuidado a largo plazo ni el cuidado de compañía. Medicare no cubre el cuidado de compañía si es el único tipo de servicio que necesita. El cuidado de compañía es la ayuda que se le brinda para realizar las actividades cotidianas, como levantarse o acostarse, comer, bañarse, vestirse y usar el baño. Puede incluir los servicios que la mayoría de las personas pueden hacer por sí mismas, como colocarse gotas en los ojos, usar el oxígeno y el cuidado de la colostomía o de un catéter en la vejiga. El cuidado de compañía comúnmente se brinda en un centro de enfermería. Por lo general, el cuidado especializado está disponible por un tiempo corto después de una internación en el hospital. El cuidado de compañía puede que se necesite por un período mucho más prolongado.
- Antes de que lo admitan a un SNF, usted tiene que haber estado internado en el hospital por 3 días consecutivos o más (sin contar el día de su alta). Es importante que tenga en cuenta que una estadía en el hospital por una noche no necesariamente es considerada como una internación. La estadía en el hospital comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico y no incluye el día en que le dan de alta.
- Debe ser admitido al SNF en los 30 días siguientes a su salida del hospital.
- Los servicios del SNF deben ser para tratar el problema por el que fue admitido al hospital o que surgió mientras recibió cuidado en el SNF por una condición tratada en el hospital.
- El SNF debe participar en el programa Medicare.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada

- Habitación semiprivada
- Comidas
- Servicios de enfermería especializada
- Terapia física, ocupacional y del lenguaje/habla
- Servicios sociales médicos
- Medicamentos, insumos y equipo médico
- Transporte en ambulancia (limitado)
- Consejería en nutrición/alimentación

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

20

Si cumple los requisitos, Medicare pagará los siguientes servicios en el SNF:

- Habitación semiprivada (que comparte con otra persona)
- Comidas
- Servicios de enfermería especializada
- Terapia física, ocupacional y del lenguaje/habla (si se necesita como parte del tratamiento)
- Servicios sociales
- Medicamentos, equipo médico e insumos médicos usados en el centro
- Transporte en ambulancia al centro médico más cercano que pueda brindarle los servicios que no estén disponibles en el SNF, cuando cualquier otro medio de transporte pudiera poner su salud en peligro.
- Asesoría en nutrición/alimentación

Lo que usted paga en un SNF

Por cada período de beneficio en el 2013	Usted paga
De 1-20 días	\$0
De 21-100 días	\$148 por día
Después de 100 días	Todos los costos

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

21

La atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) está cubierta en su totalidad por los 20 primeros días, cuando usted cumple los requisitos para una estadía cubierta por Medicare. El Medicare Original en el 2013 pagará toda la estadía en un SNF de 21 – 100 días, excepto por un coaseguro de hasta \$148 diarios por cada período de beneficio. Después de los 100 días, la Parte A de Medicare ya no cubre el cuidado en un SNF.

Usted será elegible nuevamente para el cuidado en un SNF, cada vez que tenga un nuevo período de beneficio.

Las 5 condiciones para la cobertura del cuidado de la salud en el hogar

1. Debe estar confinado en su hogar
2. Debe necesitar cuidado especializado intermitente
3. Debe estar bajo el cuidado de un médico
 - Tiene que tener un plan de atención médica
4. Debe tener una cita en persona con su médico
 - Antes de iniciar el tratamiento o cuidado
5. La agencia que ofrece los servicios debe estar aprobada por Medicare

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

22

Para ser elegible debe cumplir estas condiciones:

1. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que normalmente no puede dejar su casa o que hacerlo implica un gran esfuerzo. Cuando usted salga de su casa debe ser una salida poco frecuente, por un período corto de tiempo, para obtener atención médica (puede incluir un centro diurno para adultos) o para un servicio religioso. Todavía puede recibir cuidado en su hogar si asiste a una institución de cuidado para adultos, pero recibiría los servicios en su casa.
2. Usted debe necesitar cuidado de enfermería especializado intermitente (a tiempo parcial), terapia física, del lenguaje/habla o de terapia ocupacional continua.
3. Su médico debe indicar que usted necesita cuidado especializado en su hogar y debe hacer un plan para su atención médica en la casa.
4. Antes de certificar la elegibilidad de un paciente para el cuidado de la salud en el hogar, se debe certificar que el médico o un practicante no-médico ha tenido un encuentro en persona con el paciente.
 - Usted puede hacer la consulta hasta 90 días antes, o dentro de 30 días después de iniciar el cuidado.
 - La ley permite que el encuentro personal se haga a través de “ telesalud ” en áreas rurales, en un sitio de origen aprobado. Esto significa Medicare u otros servicios de salud dados a un paciente usando el sistema de comunicaciones (como una computadora, teléfono, o televisión) por un practicante en un lugar diferente a donde se encuentra el paciente.
5. La agencia para el cuidado de la salud en el hogar debe estar certificada por Medicare.

NOTA: La Parte B también puede pagar el cuidado de la salud en el hogar bajo ciertas condiciones. Por ejemplo, si dicho cuidado no está precedido por una internación en el hospital, o cuando el número de visitas para cuidado de la salud en el hogar cubierto por la Parte A excede 100.

Lo que usted paga por el cuidado de la salud en el hogar

- Totalmente cubierto por Medicare
- El plan de cuidado es evaluado cada 60 días
 - Conocido como episodio de cuidado
- En el Medicare Original usted paga:
 - Nada por los servicios de la salud en el hogar cubiertos por Medicare
 - 20% de la cantidad aprobada por Medicare
 - Por el equipo médico duradero (cubierto por la Parte B)

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

23

Si tiene el Medicare Original, usted paga por el cuidado de la salud en el hogar cubierto por la Parte A:

- Nada por los servicios cubiertos por Medicare ofrecidos por una agencia para el cuidado de la salud en el hogar aprobada por Medicare.
- Si tiene la Parte B, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero asignado. Si el reclamo por el equipo médico duradero no está asignado, el beneficiario tendrá que pagar lo que el proveedor le cobre por encima de la cantidad aprobada por Medicare. (Más adelante trataremos este tema.)

Para encontrar una agencia para el cuidado de la salud en el hogar en su área, llame al 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov y use la herramienta “Compare los Servicios para el Cuidado de la Salud en el Hogar”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

AVISO: La Parte A cubre hasta 100 visitas de cuidado en el hogar después de una institucionalización y dados durante una dolencia por enfermedad atendida en el hogar. Después de 100 visitas por servicios de cuidado en el hogar post-institucional cubiertas por la Parte A, la Parte B cubre el saldo de los gastos por una dolencia atendida en el hogar. El límite de 100 visitas no se aplica si usted está inscrito solamente en la Parte A. Si está inscrito sólo en la Parte B y califica para el beneficio de cuidado en el hogar de Medicare, entonces todos sus beneficios de cuidado de la salud en el hogar son pagados bajo la Parte B. No existe el límite de 100 visitas bajo la Parte B.

El cuidado de hospicio

- Cuidado especial para los pacientes terminales y sus familias
 - Con esperanza de vida de 6 meses o menos
- Se concentra en mantener cómodo al paciente y no en curar la enfermedad
- El médico tiene que certificar cada “período de cuidado”
 - Dos períodos de 90 días
 - Luego períodos ilimitados de 60 días
 - Cita en persona con su médico
- El proveedor de hospicio debe estar aprobado por Medicare

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

24

La Parte A también paga el cuidado de hospicio, que es un tipo de atención especial para los pacientes terminales y sus familias. El propósito del cuidado de hospicio es permitirle aprovechar al máximo sus últimos meses de vida, manteniéndolo cómodo y sin dolor. Incluye un equipo que atiende sus necesidades médicas, físicas, sociales, afectivas y espirituales. La atención de hospicio tiene como meta cuidarlo a usted y a su familia, no curar su enfermedad.

Usted puede recibir el cuidado de hospicio por todo el tiempo que su médico certifique que usted es un paciente terminal y que probablemente, si su enfermedad sigue su curso normal, le queden menos de 6 meses de vida. La atención se brinda en “períodos de cuidado” – dos períodos de 90 días seguidos de un número ilimitado de períodos de 60 días. Según la Sección 3132 de la Ley de atención médica asequible, Medicare ha añadido un nuevo requisito que es una cita en persona con su médico antes de que se inicie el cuidado de hospicio.

Usted debe firmar una declaración por la cual escoge el cuidado de hospicio en vez de los servicios comunes cubiertos por Medicare para tratar su enfermedad terminal. Sin embargo, los servicios médicos no relacionados con su condición en el hospicio seguirían estando cubiertos todavía por Medicare.

Puede obtener cuidado en el hospicio siempre y cuando su doctor certifique que tiene una enfermedad terminal, y que probablemente tenga menos de 6 meses por vivir si la enfermedad sigue su curso normal. Se da atención en períodos de beneficio de 90 días, seguido por períodos de 60 días. Al inicio de cada “período de beneficio” su doctor debe certificar que tiene una enfermedad terminal como para quedarse en el hospicio.

Medicare adicionó recientemente un nuevo requisito para visitas personales al hospicio:

- Le pide que el doctor se encuentre con usted dentro de los 30 días de la recertificación para el cuidado de hospicio.
- Debe comenzar antes del tercer período de beneficio.

El proveedor del hospicio debe estar certificado por Medicare

Los servicios de hospicio cubiertos

- Servicios médicos y de enfermería
- Terapia física, ocupacional, o del habla
- Equipo médico e insumos
- Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor
- Internación corta en el hospital
- Cuidado de relevo en una dependencia certificada por Medicare
 - Hasta 5 días cada vez, sin límite para el número de veces
- Servicios de asistente en el hospicio y en el hogar
- Servicios de un asistente social
- Asesoría para lidiar con la pena, dieta, y otros

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

25

El beneficio de hospicio cubre muchos servicios que no son comunes. Además de los servicios cubiertos normalmente por Medicare como la atención médica y servicios de enfermería, las terapias ocupacional, física y del habla, el cuidado de hospicio también cubre:

- Equipo médico (como sillas de ruedas y andadores)
- Los insumos médicos (como vendas y catéteres)
- Las medicinas para el control de los síntomas y del dolor
- Una estadía corta en el hospital cuando sea necesaria para controlar el dolor y los síntomas de la enfermedad
- El cuidado de relevo para paciente interno, que es el cuidado que se le brinda al paciente de hospicio para que la persona que lo cuida de costumbre pueda descansar. En este caso lo cuidarán en una dependencia aprobada por Medicare, como un hospicio, hospital o asilo para ancianos. Usted puede permanecer en dicho lugar hasta 5 días cada vez que obtenga el beneficio, y no hay un límite la número de veces que puede recibir el cuidado de relevo. El cuidado de Hospicio se da generalmente en su hogar (o los centros donde usted resida). Sin embargo Medicare también cubre cuidado de internación en hospital a corto plazo cuando fuera necesario.
- Servicio de una auxiliar para el hogar
- Servicios sociales
- Servicios de apoyo para que usted y su familia puedan lidiar con la situación.
- Orientación sobre nutrición y demás temas

Lo que paga por el cuidado de hospicio

- Si tiene el Medicare Original
 - No paga por el cuidado de hospicio
 - Paga hasta \$5 por las medicinas para tratar los síntomas y el dolor
 - Mientras está en su hogar
 - 5% por el cuidado de relevo si está internado
- El alojamiento y las comidas podrían estar cubiertos
 - En cuidado de relevo a corto plazo o para gestión de dolor/síntomas
 - Si tiene Medicaid y vive en una residencia para ancianos

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

26

Por el cuidado de hospicio si tiene el Medicare Original, usted paga no más de \$5 por cada medicamento u otros productos similares para aliviar el dolor o controlar los síntomas, y 5% de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de relevo. Por ejemplo, si Medicare ha aprobado un cargo de \$150 por día por el cuidado de relevo, usted paga \$7.50 diarios. La cantidad que usted paga por el cuidado de relevo puede cambiar cada año.

Medicare paga el alojamiento y las comidas sólo en ciertos casos. Cubre habitación y comida durante las internaciones a corto plazo para el control del dolor y síntomas y para cuidado de relevo. No cubre la habitación y comida si recibe servicios generales de hospicio mientras está en una residencia para ancianos o una residencia de hospicio. Sin embargo, si tiene Medicaid y Medicare y vive en una residencia para ancianos, Medicaid cubre la habitación y la comida.

Para buscar un programa de hospicio, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227) o busque la organización estatal de hospicio. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sangre (si está internado)

- Si el hospital obtiene la sangre gratis del banco de sangre
 - Usted no tendrá que pagarla ni reponerla
- Si el hospital tiene que comprar la sangre que le darán, usted puede
 - Pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba durante el año
 - Donarla o hacer que alguien lo haga por usted

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

27

En la mayoría de los casos, el hospital obtiene la sangre de manera gratuita del banco de sangre y usted no tendrá que pagarla o reponerla.

Si el hospital tiene que comprar la sangre que le darán, usted tendrá que pagar las tres primeras pintas que reciba en el año, donarla o hacer que alguien lo haga por usted.

Los servicios cubiertos por la Parte B	
Servicios del médico	<p>Servicios que son médicamente necesarios (incluye los servicios ambulatorios y algunos que usted recibe cuando está internado en el hospital) o los servicios preventivos cubiertos.</p> <p>Excepto por ciertos servicios preventivos, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare (si el doctor acepta la asignación) y tiene que haber pagado el deducible.</p>
Servicios médicos, quirúrgicos e insumos para paciente ambulatorio	<p>Para procedimientos aprobados (como radiografías, escayolas o suturas).</p> <p>Usted paga al médico el 20% de los gastos aprobados por Medicare por sus servicios si el doctor acepta la asignación. Usted también paga al hospital un copago por cada servicio y el deducible de la Parte B.</p>

05/14/13 Entienda cómo funciona Medicare 28

La Parte B de Medicare cubre una serie de servicios y suministros necesarios por motivos médicos. Se deben cumplir ciertos requisitos.

Servicios del médico- Servicios que son médicamente necesarios (incluye los servicios ambulatorios y ciertos servicios que usted recibe cuando está internado en un hospital) o los servicios preventivos cubiertos. Medicare también paga una parte de los servicios de los asistentes médicos, enfermeras, asistentes sociales, psicólogos. Excepto por ciertos servicios preventivos, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Servicios médicos, quirúrgicos e insumos para paciente ambulatorio – Para procedimientos aprobados (como radiografías, escayolas o suturas). Usted paga al doctor el 20% de los gastos aprobados por Medicare por sus servicios si el médico acepta la asignación. El hospital también le cobra un copago por cada servicio que usted recibe como paciente ambulatorio. Por cada servicio, el copago no puede ser más que el monto del deducible de la Parte A que paga por una internación. Usted tiene que pagar el deducible de la Parte B y todos los cargos por artículos o servicios que no cubra Medicare.

Vea las diapositivas 46 y 47 para información sobre la “asignación” y el “cargo límite”.

Servicios cubiertos por Parte B de Medicare (continuación)

Equipo médico duradero (DME)

Artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital para usar en la casa. Algunos artículos deben ser rentados.

Medicare está implementando un nuevo programa llamado “Programa de Oferta Competitiva” que significa que en algunas áreas, si necesita ciertos artículos deberá utilizar proveedores específicos o Medicare no pagará por ese artículo y probablemente tendrá que pagar su precio total.

Visite www.medicare.gov/supplier para encontrar a los proveedores aprobados en su área.

Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

29

Equipo médico duradero – Artículos como equipo y suministro de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, y camas de hospital para utilización en el hogar ordenadas por un médico u otro proveedor de cuidados de la salud inscrito en Medicare. Algunos artículos deben ser rentados. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. En todo el país, usted debe obtener sus suministros y equipo cubiertos así como los repuestos y reparaciones de un proveedor aprobado por Medicare para que Medicare los pague. Medicare está implementando gradualmente un nuevo programa llamado “Programa de oferta competitiva” que le ayuda a usted y a Medicare a ahorrar dinero; se asegura de que siga obteniendo equipo, suministros y servicios de calidad; y ayuda a limitar el fraude y abuso. En algunas áreas del país, si necesita ciertos artículos deberá utilizar proveedores específicos o Medicare no pagará por ese artículo y tal vez usted tenga que pagar el costo completo. Es importante que sepa si usted está afectado por este nuevo programa para asegurarse de que Medicare pague y evitar cualquier interrupción en el servicio. Este programa está vigente en ciertas partes de los siguientes estados: CA, FL, IN, KS, KY, MO, NC, OH, PA, SC y TX. El programa está planeado para extenderse a 91 áreas más en el país para julio de 2013.

Si necesita equipo o insumos médicos duraderos, visite www.medicare.gov/supplier para encontrar a proveedores aprobados de Medicare. Si su código postal está en un área de adquisición competitiva, los artículos incluidos en el programa están marcados con una estrella anaranjada. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Para información adicional sobre el programa de oferta competitiva, puede visitar: www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/DMEPOSCompetitiveBid/

Más servicios cubiertos por la Parte B

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar (atención en su casa)

Cuidado de enfermería especializada parcial o intermitente necesario por motivos médicos y/o terapia física, servicios de patología del lenguaje/habla, terapia ocupacional, servicios de auxiliares para el hogar, servicios sociales e insumos médicos. Usted no paga nada por los servicios cubiertos.

Otros (entre los que se incluyen pero no se limitan a)

Servicios y suministros médicamente necesarios, como servicios de laboratorio, insumos para diabéticos, servicios e insumos para diálisis renal, cuidado de la salud mental, recetas médicas limitadas para pacientes ambulatorios, radiografías para diagnóstico, Imágenes por Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans) y Electrocardiogramas (EKG), los trasplantes y otros servicios están cubiertos. Los costos varían.

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

30

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar – Medicare cubre el Cuidado de enfermería especializada parcial o intermitente médicamente necesario, terapia física, servicios de patología del lenguaje/habla, una necesidad continuada de terapia ocupacional, servicios de auxiliar para el hogar, servicios sociales e insumos médicos. Un doctor que participe en Medicare, o ciertos proveedores de cuidado médico que trabajen con el doctor, deben verlo antes de certificar que usted necesita los servicios de cuidado en el hogar. Ese doctor debe ordenar su cuidado, y una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare debe facilitarlo. Los servicios de salud en el hogar también podrían incluir servicios sociales médicos, servicios de asistencia en el hogar parcial o en forma intermitente, equipo médico duradero e insumos médicos para uso en casa. Usted debe estar confinado en su casa, lo cual significa que el salir de su casa supone un esfuerzo mayor. Usted no paga nada por los servicios cubiertos.

Otros servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a –Servicios de laboratorio médicamente necesarios, suministros para diabéticos, servicios y suministros para diálisis del riñón, cuidado de la salud mental, recetas médicas limitadas, radiografías para diagnóstico, Imágenes por Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans) y Electrocardiogramas (EKG), los trasplantes y otros servicios están cubiertos. Los costos varían.

AVISO: La Parte A cubre los servicios hasta 100 visitas de cuidado en el hogar post-institucionales durante una dolencia en su casa por esa enfermedad. Después de 100 visitas cubiertas por la Parte A por servicios de cuidado en el hogar post-institucional, la Parte B cubre el resto de la enfermedad en el hogar. El límite de 100 visitas no se aplica si sólo está inscrito en la Parte A. Si usted está inscrito solamente en la Parte B y califica para beneficios de cuidado de la salud en el hogar de Medicare, todos sus servicios de cuidado de la salud en el hogar son pagados bajo la Parte B. No existe el límite de 100 visitas bajo la Parte B.

Los servicios preventivos cubiertos por la Parte B

- Visita “Bienvenido a Medicare”
- Visita anual de “Bienestar”
- Examen de Aneurisma Abdominal Aórtico *
- Evaluación y asesoría sobre el abuso del alcohol
- Terapia conductual para la enfermedad cardiovascular
- Densitometría ósea
- Examen para la detección de problemas cardiovasculares
- Examen de cáncer colorrectal
- Evaluación sobre depresión
- Examen de diabetes
- Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes
- Vacuna contra la gripe
- Examen de glaucoma
- Vacuna contra la Hepatitis B
- Examen de HIV
- Mamografía
- Consejería sobre la obesidad
- Examen Papanicolaou/pélvico y de los senos
- Vacuna neumocócica
- Examen para la detección del cáncer de próstata
- Evaluación sobre infecciones de transmisión sexual (STI) y terapia conductual para prevenir las STI
- Terapia para dejar de fumar

* Cuando lo refieren como resultado del examen “Bienvenido a Medicare”

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

31

Los servicios preventivos cubiertos por la Parte B incluyen:

- Visita “Bienvenido a Medicare”
- Visita anual de “Bienestar”
- Examen de Aneurisma Abdominal Aórtico *
- Evaluación y asesoría sobre el abuso del alcohol
- Terapia conductual para la enfermedad cardiovascular
- Densitometría ósea
- Examen para la detección de problemas cardiovasculares
- Examen de cáncer colorrectal
- Evaluación sobre depresión
- Examen de diabetes
- Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes
- Vacuna contra la gripe
- Examen de glaucoma
- Vacuna contra la Hepatitis B
- Examen de HIV
- Mamografía
- Consejería sobre la obesidad
- Examen Papanicolaou/pélvico y de los senos
- Vacuna neumocócica
- Examen para la detección del cáncer de próstata
- Evaluación sobre infecciones de transmisión sexual (STI) y terapia conductual para prevenir las STI
- Terapia para dejar de fumar

Lo que las Partes A y B NO cubren

- El cuidado a largo plazo
- El cuidado dental de rutina
- Dentaduras
- Cirugía estética
- Acupuntura
- Aparatos de asistencia auditiva y los ajustes para colocarlos
- Otros – consulte www.medicare.gov

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

32

Las Partes A y B de Medicare no cubren todos los servicios. Si usted necesita algún servicio que Medicare no cubre, tendrá que pagarlo de su bolsillo a menos que tenga otro seguro médico. Inclusive para los servicios o suministros que Medicare cubre, usted tendrá que pagar los deducibles, coaseguro y copagos.

Los artículos y servicios que Medicare no cubre incluyen pero no se limitan al cuidado a largo plazo*, el cuidado dental de rutina, las dentaduras, cirugía estética, acupuntura, audífonos y exámenes para colocar los audífonos.

*El cuidado a largo plazo incluye el cuidado médico y no-médico para personas que padecen de una enfermedad o discapacidad crónica. El cuidado no-médico incluye cuidado con asistencia personal no especializada, como por ejemplo ayuda con actividades diarias como el vestirse, aseo personal, y usar el baño. El cuidado a largo plazo puede facilitarse en la casa, en la comunidad, en instalaciones de vida asistida, o en una residencia para ancianos.

Lo que paga por los servicios de la Parte B

- Si tiene el Medicare Original usted paga:
 - En el 2013 un deducible anual de \$147
 - Un coaseguro del 20% para la mayoría de los servicios
- Algunos programas pueden ayudarle con estos gastos

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

33

Bajo Medicare Original, si tiene que pagar el deducible de la Parte B (\$147 en 2013), deberá pagar todos los costos hasta que alcance el deducible anual de la Parte B antes de que Medicare comience a pagar su parte. Luego, después de que cubre su deducible, generalmente paga 20% de la cantidad aprobada de Medicare por el servicio, si el doctor u otro proveedor para el cuidado de la salud acepta la asignación (consulte la página 41). No hay límite anual de la cantidad que debe pagar de su bolsillo. También tiene que pagar algunos copagos o un coaseguro por los servicios cubiertos por la Parte B. La cantidad depende del servicio, pero en la mayoría de los casos es el 20%.

Usted no paga por la mayoría de los servicios preventivos si recibe los servicios de un doctor u otro proveedor calificado para el cuidado de la salud que acepte la asignación. Sin embargo, para algunos servicios preventivos, tendrá que pagar un deducible, coaseguro o ambos.

Si usted no puede afrontar estos gastos, hay programas que podrían ayudarle. Más adelante hablaremos sobre los mismos.

La prima mensual de la Parte B

Si su ingreso anual en 2011 fue		En 2013 Ud. paga
Declaración individual	Declaración conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	\$104.90
\$85,000.01 – \$107,000	\$170,000.01 – \$214,000	\$146.90
\$107,000.01 – \$160,000	\$214,000.01 – \$320,000	\$209.80
\$160,000.01 – \$214,000	\$320,000.01 – \$428,000	\$272.70
Más de \$214,000	Más de \$428,000	\$335.70
*por mes		

Nota: Las primas normalmente se deducen de su pago del Seguro Social

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

34

Usted paga mensualmente la prima de la Parte B. La mayoría de las personas pagarán la cantidad por la prima estándar, que es \$104.90 para 2013. Sin embargo, si su ingreso anual ajustado modificado según se reportó en su declaración de impuestos hace 2 años (la información más reciente de declaración de impuestos proporcionada al Seguro Social por el IRS) está arriba de cierta cantidad, es posible que tenga que pagar más. A continuación encontrará las primas de la Parte B para 2013 basadas en el ingreso anual ajustado modificado para un individuo. Los rangos del ingreso para declaraciones conjuntas son el doble de las declaraciones individuales.

- \$85,000 o menos, pagará una prima mensual de \$104.90
- \$85,001 - \$107,000, pagará una prima mensual de \$146.90
- \$107,001 - \$160,000, pagará una prima mensual de \$209.80
- \$160,001 - \$214,000 pagará una prima mensual de \$272.70
- Más de \$214,000, pagará una prima mensual de \$335.70

Si tiene que pagar una cantidad más alta por su prima de la Parte B y no está de acuerdo (por ejemplo, si su ingreso disminuye), llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Recuerde que esta prima puede ser más alta si usted no eligió la Parte B cuando fue elegible por primera vez. El costo de la Parte B de Medicare puede subir un 10% por cada período de 12 meses en que podría haber tenido la Parte B pero no la tomó. Se puede hacer una excepción si usted, su cónyuge o un familiar (si usted está discapacitado) aún trabaja y está cubierto por un plan de grupo a través de ese empleador. En ese caso, usted puede inscribirse a la Parte B durante un período especial de inscripción y no pagará la multa por inscripción tardía.

Cómo puede pagar la prima de la Parte B

- Se puede deducir de
 - Los pagos del Seguro Social
 - Los pagos de la Junta de Retiro Ferroviario
 - Los pagos de la jubilación federal
- Si no se deduce
 - Le enviarán una factura cada 3 meses
 - El Pago Fácil de Medicare deducirá el monto de su cuenta bancaria
- Si tiene preguntas sobre las primas, comuníquese con SSA, RRB u OPM

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

35

La prima de la Parte B es deducida de su pago mensual del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la jubilación federal.

Las personas que no reciben pagos por jubilación o cuyos pagos no son suficientes para cubrir la prima, reciben una factura de Medicare por el monto de la prima. La factura se puede pagar con tarjeta de crédito, cheque, o giro postal.

Para información acerca de las primas de la Parte B de Medicare, comuníquese con SSA, RRB, o la Oficina de Gerencia de Personal (OPM) para jubilados federales.

Si usted no puede pagar la prima de la Parte B, hay programas que podrían ayudarle a pagarla. Estos programas se discutirán más adelante.

Multa por inscripción tardía en la Parte B

- La multa por no inscribirse cuando fue elegible por primera vez
 - 10% más por cada período completo de 12
 - Podría pagar la multa mientras tenga la Parte B
- Inscribábase durante un Período Especial de Inscripción
 - Por lo general no pagará la multa

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

36

Si no participa en la Parte B cuando es elegible por primera vez, tendría que esperar para inscribirse durante el Período de Inscripción General (GEP) anual que corre del 1ro. de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura entrará en vigencia el 1º de julio de ese año.

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, tendrá que pagar una multa por inscripción tardía del 10% por cada periodo completo de 12 meses que usted podría haberse inscrito en la Parte B pero que no lo hizo, excepto en situaciones especiales. En la mayoría de los casos, tendrá que pagar esta multa por el tiempo que tenga la Parte B.

Al tener cobertura a través del empleador (incluyendo empleos federales o estatales, excepto servicio militar) o sindicato mientras usted o su cónyuge (o miembro familiar si está discapacitado) aún trabajan, puede afectar sus derechos de inscripción a la Parte B. Si está cubierto a través de un empleo activo (suyo o de su cónyuge), tiene un Período Especial de Inscripción. Esto significa que puede inscribirse en la Parte B toda vez que usted o su cónyuge (o miembro familiar, si usted está discapacitado) esté trabajando, y cubierto por un plan de salud grupal a través del empleador o el sindicato basado en ese trabajo, o durante el período de 8 meses que comienza el mes después de terminarse el trabajo o cancelarse la cobertura grupal, lo que suceda primero. Por lo general, usted no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía si se inscribe en la Parte B durante un Período Especial de Inscripción (SEP). Este Período Especial de Inscripción no aplica a personas con Enfermedad Renal Terminal (ESRD).

Debe comunicarse con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para saber cómo funciona su seguro con Medicare y cuál sería su ventaja en retrasar su inscripción en la Parte B.

Ejemplo de la multa por inscripción tardía

María retrasó su inscripción en la Parte B por 2 años a partir del momento en que fue elegible. Tendrá que pagar una multa de 10% más por cada período de 12 meses en los que pudo haberse inscrito y no lo hizo. La multa se agrega a la prima mensual de la Parte B (\$104.90 en el 2013). Por lo tanto, en el 2013, su prima será:

	\$104.90 (prima estándar de la Parte B para el 2013)
+	\$20.98 (20% [de \$104.90] (2 X 10%))
	<u>\$125.88 (redondeado) (Para este ejemplo solamente)</u>
	\$125.90 (Prima mensual que paga María en el 2013)

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

37

Este es un ejemplo del cálculo de la multa por inscripción tardía en la Parte B: María retrasó su inscripción en la Parte B por dos años a partir del momento en que fue elegible. Tendrá que pagar una multa de 10% más por cada período de 12 meses en los que pudo haberse inscrito y no lo hizo. La multa se agrega a la prima mensual de la Parte B (\$104.90 en el 2013). Por lo tanto, en el 2013, su prima será:

	\$104.90 (prima estándar de la Parte B para el 2013)
+	\$ 20.98 (20% [de \$104.90] (2 X 10%))
	<u>\$125.88 (redondeado) (Para este ejemplo solamente)</u>
	\$125.90 (Prima mensual que paga María en el 2013)

 **Verifique sus conocimientos – Lección 1**

1. La Parte A de Medicare le ayuda a pagar
 - a. Estada en el hospital
 - b. Atenci3n en un centro de enfermeria especializada
 - c. Cuidado de la salud en el hogar
 - d. Todo lo anterior
2. Si tiene menos de 65 aros y est3 discapacitado, autom3ticamente obtendr3 la Parte A y la Parte B despu3 de que reciba los beneficios por discapacidad por
 - a. 12 meses
 - b. 24 meses
 - c. 36 meses
 - d. No es autom3tico, debe de solicitarlos

05/14/2013 Entienda c3mo funciona Medicare 38

1. La Parte A de Medicare le ayuda a pagar
 - a. Estada en el hospital
 - b. Atenci3n en un centro de enfermeria especializada
 - c. Cuidado de la salud en el hogar
 - d. Todo lo anterior

RESPUESTA: d. Todo lo anterior.

2. Si tiene menos de 65 aros y est3 discapacitado, autom3ticamente obtendr3 la Parte A y la Parte B despu3 de que reciba los beneficios por discapacidad por
 - a. 12 meses
 - b. 24 meses
 - c. 36 meses
 - d. No es autom3tico, debe de solicitarlos

RESPUESTA: b. Usted obtiene la Parte A y la Parte B autom3ticamente si tiene menos de 65 aros y est3 discapacitado. Si recibe beneficios por discapacidad del Seguro Social o ciertos beneficios por discapacidad del RRB, por 24 meses. Si tiene ALS (Enfermedad de Lou Gehrig), autom3ticamente recibir3 la Parte A y la Parte B el mes en que sus beneficios por discapacidad comiencen.



Lección 2 Sus opciones de cobertura

- Medicare Original (Partes A y B)
 - Asignación
 - Contratos privados
 - Pólizas Medigap

- Planes Medicare Advantage (Parte C)
- Otros planes de salud de Medicare
- Cobertura de Medicare de recetas médicas (Parte D)

05/14/2013 Entienda cómo funciona Medicare 39

En la Lección 2 trataremos sobre *sus opciones de cobertura de Medicare*:

- Medicare Original (Partes A y B)
 - La asignación
 - Los contratos privados
 - Las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)
- Los Planes Medicare Advantage (Parte C)
- Otros planes de salud de Medicare
- La cobertura de Medicare de las recetas médicas (Parte D)

¿Qué es el Medicare Original?

- Plan médico administrado por el gobierno federal
- Le brinda la cobertura de las Partes A y B
- Puede atenderse con cualquier médico u hospital que acepte Medicare
- Usted paga
 - La prima de la Parte B (la Parte A es gratis para la mayoría de los beneficiarios)
 - Deducibles, coaseguro y copagos
- Recibe el Resumen de Medicare (MSN)
- Puede inscribirse en la Parte D para agregar la cobertura de recetas médicas

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

40

El Medicare Original es una de las opciones que le ofrece el programa Medicare. Usted estará inscrito en el Medicare Original a menos que escoja inscribirse en un plan Medicare Advantage o en otro plan de salud de Medicare. El Medicare Original es un plan de pago-por-servicio administrado por el gobierno federal. Si tiene el Medicare Original, puede atenderse con cualquier médico, proveedor, hospital o centro que acepte Medicare y esté aceptando nuevos pacientes.

Si usted tiene la Parte A, obtendrá todos los servicios cubiertos por la Parte A. Si tiene la Parte B podrá conseguir todos los servicios cubiertos por la Parte B. Tal y como lo mencionamos antes, la Parte A (seguro de hospital) es gratis (sin pago de una prima) para la mayoría de las personas. Para Medicare Parte B (seguro médico) usted paga una prima mensual. El monto de la prima de la Parte B en el 2013 es \$104.90.

Si tiene el Medicare Original debe pagar los deducibles, el coaseguro y los copagos. Después de recibir los servicios médicos, le enviarán por correo el Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés), que lista todos los servicios que recibió, lo que se cobró por ellos, lo que pagó Medicare y lo que le pueden cobrar a usted. Si usted está en desacuerdo con la información en su MSN o en la factura que ha recibido, puede apelar. En el MSN encontrará información sobre cómo apelar.

Si tiene el Medicare Original y desea agregarle la cobertura de sus recetas médicas puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

La “asignación”

- Si el médico, proveedor o abastecedor **acepta la “asignación”**
 - Firmó un acuerdo con Medicare
 - O lo debe de hacer por ley
 - Acepta la cantidad aprobada por Medicare
 - Como pago total por los servicios cubiertos
 - Sólo le puede cobrar el deducible/coseguro
- La mayoría de ellos acepta la “asignación”
 - Le mandan la reclamación directamente a Medicare

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

41

La asignación significa que su médico, proveedor o abastecedor ha firmado un acuerdo con Medicare (o está obligado por ley) a aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total por los servicios ofrecidos.

La mayoría de los médicos, proveedores y suplidores aceptan la asignación, pero usted siempre debe preguntar para estar seguro. Los proveedores participantes han firmado un acuerdo para aceptar la asignación para todos los servicios cubiertos por Medicare.

Esto es lo que sucede si su doctor, proveedor, o abastecedor acepta la asignación:

- Los costos que debe pagar de su bolsillo pueden ser menores.
- Conducen en cobrarle solamente el deducible y coaseguro de Medicare y usualmente esperan que Medicare pague su porción antes de pedirle hacer el pago de su parte.
- Deben presentar su reclamo directamente a Medicare y no pueden cobrarle por presentar el reclamo.

En algunos casos, los médicos y proveedores deben aceptar la asignación, como cuando tienen un acuerdo de participación con Medicare y le brindan los servicios cubiertos por Medicare

Asignación (continuación)

- Los proveedores que no aceptan la “asignación”
 - Pueden cobrarle más
 - El cargo límite es un 15% más
 - Tal vez tenga que pagar por el servicio al momento de recibirlo
- Los proveedores a veces tienen que aceptar la “asignación”
 - Los medicamentos cubiertos por la Parte B
 - Los proveedores de servicios de ambulancia

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

42

Los proveedores no participantes no han firmado un acuerdo para aceptar la asignación para todos los servicios que cubre Medicare, pero pueden aún elegir aceptar la asignación para servicios individuales. A estos proveedores se les llama “no participantes”.

Esto es lo que sucede si su médico, proveedor o abastecedor **no acepta** la asignación:

- Tal vez usted tenga que pagar la cantidad total al momento de recibir el servicio. Su doctor o proveedor debe presentar la reclamación a Medicare para cualquier servicio cubierto por Medicare y que se le haya proporcionado. No deben cobrarle por presentar una reclamación. Si no presentan la reclamación a Medicare después de que se lo haya solicitado, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. En algunos casos, deberá presentar su propia reclamación a Medicare usando el formulario CMS-1490S para recuperar su pago. Visite <http://medicare.gov/forms-help-and-resources/forms/medicare-forms.html> para obtener el formulario y la instrucciones para llenarlo.
- Pueden cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare, pero hay un límite conocido como “cargo límite” o “cargo en exceso”. Ellos solamente pueden cobrarle hasta 15% más de la cantidad que reciben los proveedores no participantes. Estos proveedores no participantes reciben 95% de la cantidad programada. El cargo límite sólo aplica a ciertos servicios cubiertos por Medicare y no aplica a ciertos suministros ni al equipo médico duradero.

Para saber si sus doctores, proveedores u otros proveedores del cuidado de la salud aceptan la asignación o participan en Medicare, visite www.medicare.gov/physician o www.medicare.gov/supplier.

Si usted obtiene los medicamentos cubiertos por la Parte B o los suministros de un abastecedor o farmacia que no está inscrito en el programa Medicare, se supone que ellos deben presentar una reclamación a Medicare por cualquier servicio que cubra Medicare que usted recibió. No pueden cobrarle por presentar su reclamación. Si no presentan la reclamación después de usted se lo haya solicitado, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Los contratos privados

- Es un acuerdo entre usted y su médico
 - Si el médico no le provee los servicios a través de Medicare
 - Ni el Medicare Original ni Medigap pagarán por el servicio
 - Los otros planes de Medicare tampoco pagarán
 - Usted tendrá que pagar el precio total del servicio
 - No se debe presentar una reclamación
 - No le pueden pedir que lo firme en caso de emergencia

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

43

Un contrato privado es un acuerdo entre usted y un médico que ha decidido no brindar servicios a través del programa Medicare. El contrato privado solamente se aplica a los servicios proporcionados por el médico que le ha pedido que lo firme. Esto significa que ni Medicare ni Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) pagarán por los servicios del médico con el que usted ha firmado el contrato privado. A usted no le pueden pedir que firme un contrato privado en caso de una emergencia o de necesidad de atención urgente. Usted aún tiene el derecho de consultar a otros médicos de Medicare para obtener dichos servicios.

Si firma un contrato privado con su médico

- Medicare no pagará por los servicios que usted reciba de ese médico.
- Su póliza Medigap, si la tuviera, tampoco pagará por dichos servicios. (Antes de obtener el servicio, llame a su compañía de seguro.)
- Usted tendrá que pagar lo que le cobre el médico o proveedor. (el cargo límite de Medicare no se aplicará.)
- Tampoco pagarán por los servicios los otros planes de Medicare.
- No es necesario presentar una reclamación porque Medicare no la pagará.
- Muchos otros seguros tampoco pagarán por los servicios.
- El médico no podrá facturarle a Medicare por un servicio brindado a un beneficiario de Medicare por un período de dos años.

Póliza Medigap

- Póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)
 - Seguro privado individual
 - Vendido por compañías privadas
 - Complementa a la cobertura de Medicare Original
 - Cumple las leyes federales y estatales promulgadas para protegerlo
- Período de Inscripción Abierta para Medigap
 - Comienza cuando usted tiene 65 años y la Parte B de Medicare
 - Una vez que comienza no puede retrasarse ni repetirse.

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

44

Polizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare):

- Son un seguro médico privado que solamente cubren al titular de la misma, los cónyuges deben adquirir su propia póliza.
- Las pólizas Medigap son vendidas por compañías privadas
- Ayudan a pagar “lo que no cubre” Medicare Original como los deducibles, copago y coaseguros
- Pagan por los servicios cubiertos por Medicare brindados por cualquier médico, hospital o proveedor que acepte Medicare
 - La excepción son las pólizas Medicare SELECT que requieren que use hospitales específicos, y en algunos casos a médicos específicos para recibir los beneficios completos.
- Según la póliza Medigap que usted tenga, podría cubrir algunos servicios que Medicare no cubre.
- Deben cumplir las leyes federales y estatales promulgadas para proteger a los beneficiarios de Medicare.

El Período Abierto de Inscripción para Medigap comienza cuando usted tiene 65 años y se ha inscrito a la Parte B de Medicare. Una vez que comienza no puede retrasarse ni repetirse.

Durante su Período Abierto de Inscripción a Medigap, una compañía aseguradora no puede:

- Usar una evaluación médica
- Rechazar venderle alguna póliza de Medigap que ofrezca
- Cobrarle más por una póliza Medigap de lo que cobra a alguien sin problemas de salud.
- Hacerle esperar para que la cobertura inicie (excepto en ciertos casos)

También puede comprar una póliza Medigap en cualquier momento una compañía le venda una.

Medigap

- Usted tiene que pagar una prima mensual
- Los costos varían según el plan, la compañía y la localidad
- Las compañías de seguro Medigap solamente pueden vender pólizas “estandarizadas”
 - Identificadas en la mayoría de los estados por letras
 - MA, MN y WI estandarizan sus planes de manera diferente
- No trabajan con un Plan Medicare Advantage
- Los planes no tienen redes a excepción de las pólizas Medicare SELECT

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

45

Usted paga una prima mensual para una póliza Medigap a la compañía aseguradora que se la vende. Con esta póliza, los costos pueden variar según el plan, la compañía y la localidad.

En todos los estados excepto Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, las pólizas Medigap deben tener uno de los planes estandarizados A, B, C, D, F, G, K, L, M o N de tal forma que puedan fácilmente compararse. Cada plan tiene beneficios diferentes que son los mismos para cualquier compañía aseguradora. Es importante comparar las pólizas Medigap, ya que los costos pueden variar. Cada compañía decide cuáles pólizas Medigap venderá y a qué precio, con revisión y aprobación del estado.

Massachusetts, Minnesota y Wisconsin están exentos y estandarizan sus pólizas de manera diferente.

Las pólizas Medigap no trabajan con los Planes Medicare Advantage

Las pólizas Medigap no tienen redes a excepción de las pólizas Medicare SELECT que le piden que utilice hospitales específicos y en algunos casos, doctores específicos para que tenga todos los beneficios.

Beneficios	Planes (Medigap) Seguro Suplementario de Medicare									
	A	B	C	D	F*	G	K	L	M	N
Parte A de Medicare coseguro y costos de hospital (hasta 365 días adicionales después de usar beneficios de Medicare)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Parte B de Medicare coseguro o copago	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Sangre (1ras 3 pintas)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Parte A coseguro y copago de cuidado de hospicio	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Coaseguro de centro de enfermería especializada			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Deducible Parte A		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
Deducible de la Parte B			100%		100%					
Sobrecargos de Parte B					100%	100%				
Emergencia en el extranjero (hasta límite del plan)			100%	100%	100%	100%			100%	100%
*Plan F ofrece también un plan con deducible alto en algunos estados							Límite gastos de su bolsillo en 2013			
							\$4,800	\$2,400		

Los beneficios básicos están cubiertos por todos los planes de Medigap e incluyen:

- El coseguro de la Parte A de Medicare y los gastos del hospital hasta 365 días adicionales después de agotar los beneficios de Medicare.
- El coseguro o copago de la Parte B de Medicare
- Sangre (las tres primeras pintas)
- El coseguro o copago de la Parte A por el cuidado de hospicio

Además, cada plan de Medigap cubre diferentes beneficios adicionales:

- El coaseguro de centro de enfermería especializada está cubierto por los planes de Medigap C, D, F, G, K (al 50%), L (al 75%), M, y N.
- El deducible de la Parte A de Medicare está cubierto por los planes Medigap B, C, D, F, G, K (al 50%), L (al 75%), M (al 50%) y N.
- El deducible de la Parte B de Medicare está cubierto por los planes Medigap C y F.
- Los sobrecargos de la Parte B de Medicare están cubierto por los planes Medigap F y G.
- Los costos por emergencia en el extranjero hasta el límite del plan están cubiertos por los planes Medigap C, D, F, G, M y N.

* El Plan F también ofrece un plan con deducible alto en algunos estados.

** Los planes K y L tienen límites para los gastos que paga de su bolsillo de \$4,800 y \$2400 respectivamente en 2013.

Los planes Medicare Advantage (Parte C)

- ¿Qué son?
- ¿Cómo trabajan?
- ¿Cuánto cuestan?
- ¿Quién puede inscribirse?
- ¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan?
- Otros planes de Medicare

05/14/2013 Entienda cómo funciona Medicare 47

Los planes Medicare Advantage

- ¿Qué son?
- ¿Cómo trabajan?
- ¿Cuánto cuestan?
- ¿Quién puede inscribirse?
- ¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan?
- Otros planes de Medicare

Para más información sobre los planes Medicare Advantage, consulte el Módulo 11.

NOTA: En esta lección, cuando usamos el término “Planes Medicare Advantage” nos referimos a los planes con y sin la cobertura de las recetas médicas. A menos que especifiquemos lo contrario, también usaremos este término para los otros planes de Medicare. (No incluiremos al Medicare Original ni a los planes Medicare de medicamentos recetados.)

Planes Medicare Advantage (MA)

- Opciones de planes médicos aprobados por Medicare
 - Es otra forma de obtener la cobertura de Medicare
 - Es parte del programa Medicare
 - Administrados por empresas privadas
- También se conocen como la Parte C de Medicare
- Medicare paga una cantidad por la atención médica de cada beneficiario
- Tal vez tenga que usar los médicos u hospitales que pertenezcan a la red del plan
- Los tipos de planes disponibles pueden variar

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

48

Los Planes Medicare Advantage son opciones de planes médicos aprobados por Medicare ofrecidos en muchas áreas del país por empresas privadas. Medicare Advantage también es conocido como la “Parte C.”

Los planes Medicare Advantage son parte del programa de Medicare; son sólo otra forma de obtener cobertura de Medicare.

Medicare paga al plan cierta cantidad por el cuidado médico de cada miembro.

Si se inscribe en el Plan Medicare Advantage tal vez tenga que usar doctores u hospitales que pertenezcan al plan.

¿Cómo trabajan los planes MA?

- Sigue en el programa Medicare y tiene todos los derechos y protecciones
- Sigue recibiendo los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B
- Podría obtener la cobertura de sus recetas médicas (Parte D)
- Podría obtener beneficios adicionales como servicios de la vista o dentales
- Los beneficios y lo que a usted le corresponde pagar tal vez sean diferentes

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

49

Si se inscribe en un plan MA sigue teniendo los derechos y protecciones de Medicare sigue recibiendo los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Tal vez el plan le ofrezca más beneficios, como la cobertura de Medicare de las recetas médicas (Parte D); otros beneficios adicionales podrían incluir los servicios de la vista, oído, dentales y programas de salud y bienestar.

Los beneficios y lo que a usted le corresponde pagar podrían ser diferentes a los de Medicare Original.

Tipos de planes Medicare Advantage

- Medicare Advantage incluye los planes:
 - Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
 - HMO Punto de servicio (HMOPOS)
 - Organización de Proveedor Preferido (PPO)
 - Privados de Pago por Servicio (PFFS)
 - Planes para Necesidades Especiales(SNP)
 - Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)
- No todos los tipos de planes se ofrecen en todas las zonas.

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

50

Hay seis tipos principales de planes Medicare Advantage. No todos los tipos de planes están disponibles en todas las áreas.

- **Planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO)**—Por lo general, usted sólo puede atenderse con médicos, especialistas y en hospitales que forman parte de la red del plan, excepto en caso de emergencia. Es posible que también requiera una referencia de su doctor familiar.
- **Planes HMO con Punto de servicio (HMOPOS)**—Estos son planes HMO que le puede ofrecer algunos servicios fuera de la red de proveedores pagando un copago o coaseguro más alto.
- **Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO)**—En un PPO, usted paga menos si utiliza médicos, hospitales y otros proveedor de la salud que pertenecen a la red del plan. Generalmente pagará más si no son parte de la red del plan.
- **Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS)** —Los planes PFFS son similares a Medicare Original en cuanto a que generalmente puede ir a cualquier doctor, otros proveedores del cuidado de la salud u hospitales siempre y cuando estén de acuerdo en tratarlo. El plan determina cuánto le pagará a los doctores, otros proveedores del cuidado de la salud y hospitales, y cuánto tiene usted que pagar al recibir los servicios.
- **Planes Medicare para Necesidades Especiales (SNP)**—Los SNP proveen servicios de salud enfocados y especializados para grupos específicos de personas, como son aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un asilo para ancianos, o que tienen enfermedades crónicas.
- **Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)**—Estos son planes que combinan un deducible alto con una cuenta de banco. Medicare deposita dinero en la cuenta (normalmente menos que el deducible). Usted puede usar el dinero para sus gastos médicos durante el año.

Costo del Plan Medicare Advantage

- Tiene que seguir pagando la prima de la Parte B
 - Algunos planes pueden ayudarle a pagar parte o toda la prima
 - Algunos beneficiarios podrían recibir ayuda estatal
- Tal vez también tenga que pagar la prima mensual del plan
- Debe pagar los deducibles/coaseguros/copagos
 - Los costos son distintos que los del Medicare Original
 - Varían según el plan
 - Los costos pueden ser más altos si está fuera de la red

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

51

Si se inscribe en un plan MA, tiene que seguir pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare. La prima para el 2013 de la Parte B es de \$104.90 para la mayoría de las personas.

- Unos cuantos planes pueden pagar todo o parte de la prima de la Parte B para usted
- Algunas personas con ingresos y recursos limitados pueden ser elegibles para ayuda estatal

Cuando usted se inscribe a un Plan Medicare Advantage , hay otros costos que es posible que tenga que pagar, incluyendo cosas como:

- Una prima mensual adicional al plan
- Deducibles, coaseguros y copagos
 - Pueden ser diferentes a Original Medicare,
 - Pueden variar según el plan, y
 - Sus costos pueden ser mayores si usted sale fuera de la red

Requisitos para inscribirse en un plan MA

- Debe vivir en el área de servicio del plan
- Tiene que tener la Parte A y la Parte B
- Al momento de la inscripción no tiene que padecer de ESRD
 - Hay algunas excepciones
- Debe dar la información necesaria
- Debe cumplir las normas del plan
- Sólo puede estar inscrito en un plan a la vez

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

52

Los Planes Medicare Advantage están disponibles para la mayoría de los beneficiarios con Medicare. Para poder inscribirse en un Plan MA, usted debe:

- Vivir en la zona geográfica de servicio del plan o el área extendida para los servicios
- Tener la Parte A y B de Medicare
- No tiene que padecer de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) al momento de inscribirse. Las personas que padecen de ESRD por lo general no pueden inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en otro plan de Medicare. Sin embargo, hay algunas excepciones.

Además, usted debe:

- Estar de acuerdo en proporcionarle al plan la información necesaria
- Aceptar las normas del plan
- Estar inscrito en un sólo plan a la vez

Para averiguar cuáles son los Planes Medicare Advantage disponibles en su zona, visite www.medicare.gov y haga clic en Encuentre Planes de Medicamentos y de la Salud para usar el Buscador de Plan Medicare, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Cuándo puede inscribirse o cambiar de planes MA	
Período inicial de inscripción (IEP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes que cumple 65 años de edad
Período de inscripción abierta (OEP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 de octubre – 7 de diciembre ▪ La cobertura empieza el 1 de enero
Período inicial de inscripción (SEP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se muda fuera del área de servicio del plan <ul style="list-style-type: none"> • y no puede quedarse en el plan ▪ El plan abandona el programa de Medicare ▪ Otras situaciones especiales

Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage cuando es elegible para Medicare por primera vez, durante su Período Inicial de Inscripción (IEP) que empieza 3 meses antes de su primera elegibilidad para las Partes A y B de Medicare, o durante el Período de Inscripción Abierta anual y en ciertas situaciones especiales en las que le ofrecen un Período Especial de Inscripción. Sólo puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage a la vez y la inscripción por lo general es por un año.

Puede cambiar a otro plan Medicare Advantage o a Medicare Original durante el Período de Inscripción Abierta anual que es del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año.

Puede hacer cambios a su cobertura del Plan Medicare Advantage cuando hay ciertos sucesos en su vida, como mudarse fuera del área de servicio de su plan o si ha perdido parte de otras coberturas. Estas oportunidades para hacer cambios se les llama Períodos Especiales de Inscripción (SEP, por sus siglas en inglés). Cada SEP tiene diferentes reglas respecto a cuándo puede hacer cambios y el tipo de cambios que puede hacer. Estas oportunidades para los cambios son adicionales a los períodos de inscripción regular que suceden cada año.

Usted únicamente puede unirse a un Plan Medicare Advantage a la vez y la inscripción al plan generalmente es por un año calendario.

Cuándo puede inscribirse o cambiar los planes MA (SEP-5 estrellas)

Período especial de inscripción 5 Estrellas (SEP)

- Puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage (MA) 5 estrellas, Plan para Medicamentos Recetados (PDP), MA-PD, o Plan de costos
- Inscribirse en cualquier día del año
 - Una vez por año
- El nuevo plan empieza el primer día del mes siguiente a su inscripción
- Las calificaciones de estrellas se dan cada año
 - Se asignan el mes de octubre del año previo
 - Use el buscador de planes para ver las calificaciones
 - Fíjese en la calificación general para encontrar los planes elegibles.

Medicare utiliza información de las encuestas de satisfacción de clientes, planes y proveedores de salud para darles a los planes una calificación general que va desde una estrella hasta 5 estrellas. Una calificación de 5 estrellas se considera excelente. En cualquier momento durante el año, usted puede usar este SEP para inscribirse en un plan MA de cinco estrellas; plan Medicare Advantage (MA) solamente, plan MA con cobertura de medicamentos recetados (MA-PD), Plan Medicare para Medicamentos Recetados, o Plan de Costo, siempre que cumpla los requisitos estipulados por el plan (por ejemplo, tiene que vivir en el área de servicio del plan, etc.) Si ya está inscrito en un plan de 5 estrellas, si lo desea, puede usar este SEP para cambiarse a otro plan de 5 estrellas.

CMS también ha creado un SEP para la coordinación con los planes de recetas médicas, para que los beneficiarios inscritos en ciertos planes de 5 estrellas sin la cobertura de los medicamentos, se inscriban en un plan Medicare de medicamentos recetados si dicha combinación está aprobada por el reglamento de CMS.

Usted puede usar el SEP para inscribirse en un plan de 5 estrellas una vez entre el 8 de diciembre y el 30 de noviembre del año siguiente. Después de que se haya inscrito en un plan de 5 estrellas, su SEP termina para ese plan por el resto del año y solamente podrá hacer cambios durante otros períodos autorizados. Su inscripción empieza el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su solicitud de inscripción. Las calificaciones se otorgan cada año en el mes de octubre del año previo. Sin embargo el plan no recibirá la calificación hasta el siguiente 1ro. de enero.

Para información sobre las calificaciones consulte el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov. Busque la calificación para identificar los planes de 5 estrellas que puede cambiar durante este SEP. El Manual de Medicare y Usted no tiene todas las calificaciones completas y actualizadas para este SEP. Usted podría perder la cobertura de sus recetas médicas si usa este SEP para cambiarse de un plan con cobertura de medicamentos a uno que no la ofrece. En este caso, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción para obtener la cobertura de sus recetas médicas y tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía.

Cuándo puede cancelar un plan MA

Del 1 de enero
al 14 de febrero

- Puede cancelar su plan MA
- Puede volver a Medicare Original
 - Su cobertura comienza el primer mes después de que se haya cambiado
- Si hace este cambio, también puede inscribirse en la Parte D para agregar la cobertura de los medicamentos
 - Su cobertura de medicamentos comienza el primer día del mes después de que el plan haya recibido su formulario de inscripción
- No puede inscribirse en otro plan MA durante este período

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

55

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage (MA), puede cambiarse al Medicare Original del 1 de enero al 14 de febrero. Si durante este período usted vuelve al Medicare Original su cobertura comenzará el primero del mes después de la fecha en que se realizó el cambio.

Para cancelar su plan MA y volver al Medicare Original durante este período, usted puede solicitarle la cancelación directamente a la organización MA o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si usted hace el cambio, también puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para agregar la cobertura de medicamentos. La cobertura comienza el primer día del mes siguiente al momento en que el plan recibe sus solicitud.

Otros tipos de planes Medicare

- Otros tipos de planes de salud de Medicare
 - Que no son planes Medicare Advantage
 - Planes Medicare de Costo
 - Demostraciones y planes piloto
 - Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos (PACE)
- Solamente están disponibles en ciertas zonas

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

56

Hay tres tipos de planes de salud de Medicare que no son planes Medicare Advantage. Estos planes solamente están disponibles en ciertas zonas.

- **Planes Medicare de Costo** —similares a los HMO pero los servicios que reciba fuera del plan serán pagados por el Medicare Original.
- **Demostraciones y programas piloto**—proyectos especiales que prueban mejoras en la cobertura, precios y calidad de los servicios de Medicare.
- **PACE (Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos)**—combina los servicios médicos, sociales y el cuidado a largo plazo para los ancianos con problemas de salud que son elegibles para Medicare y Medicaid.



Cobertura de Medicare de recetas médicas

- ¿Qué es la Parte D?
- Costos y beneficios de la Parte D
- Quién puede inscribirse?
- Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan
- Medicamentos cubiertos por la Parte D
 - Medicamentos que no están cubiertos
- Acceso a los medicamentos cubiertos

05/14/2013 Entienda cómo funciona Medicare 57

La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados le explica:

- Qué es la Parte D
- Los beneficios y los costos de la Parte D
- Quién puede inscribirse
- Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan
- Los medicamentos cubiertos por la Parte D
 - Los medicamentos que no están cubiertos
- Acceso a los medicamentos cubiertos

Cobertura de Medicare de recetas médicas

- También conocida como la Parte D
- Son planes aprobados por Medicare
- Ofrecidos por compañías privadas
- Disponibles para todos los beneficiarios de Medicare
- Para obtener la cobertura debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados
- Puede conseguir la cobertura de dos maneras
 - De los Planes Medicare de Medicamentos Recetados (PDP)
 - De los Planes Medicare Advantage con cobertura de las recetas médicas (MA-PD)
 - Y de otros planes Medicare que la ofrezcan

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

58

La cobertura de medicamentos recetados (Parte D) de Medicare se adiciona a su cobertura de salud de Medicare. Le ayuda a pagar por sus medicamentos recetados genéricos o de marca. Los planes Medicare de medicamentos recetados están aprobados por Medicare y son ofrecidos por compañías privadas. Todos los beneficiarios de Medicare pueden inscribirse en uno de estos planes. Si desea la cobertura de sus recetas médicas debe inscribirse en un plan.

Puede obtener la cobertura de medicamentos en dos formas:

- Los Planes Medicare de Medicamentos Recetados (PDP) que agregan dicha cobertura al Medicare Original y a otros planes de salud de Medicare.
- Algunos planes Medicare Advantage (MA) (como un HMO o PPO) y otros planes de Medicare que ofrecen la cobertura de las recetas médicas.

El término “Plan Medicare de Medicamentos Recetados” es utilizado en este módulo tanto para los planes Medicare de medicamentos recetados como para los planes MA u otros planes de salud de Medicare que ofrezcan la cobertura de las recetas médicas.

NOTA: Algunas pólizas Medigap (Seguro suplementario a Medicare) ofrecían la cobertura de las recetas médicas hasta el 1 de enero de 2006. Pero esta cobertura no es la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados.

Costo del Plan Medicare de Recetas Médicas

- Los costos varían según el plan
- En 2013, la mayoría de las personas pagará:
 - Una prima mensual
 - El deducible anual
 - Los copagos o el coseguro
 - Durante la interrupción en la cobertura paga 47.5% por los medicamentos de marca cubiertos y
 - El 79% por los genéricos durante la interrupción
 - Usted pagará muy poco una vez que haya gastado \$4,750 de su bolsillo

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

59

Los precios varían según el plan que escoja y algunos otros factores tales como el medicamento que usa, en que plan Medicare está inscrito, si usted va a una farmacia en la red del plan, y si obtiene ayuda adicional para pagar sus medicamentos.

La mayoría de los beneficiarios paga una prima mensual. Usted también tendrá que pagar una porción de los costos, incluyendo un deducible, copagos y/o coseguro.

La mayoría de los planes para medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también conocida como “donut hole”). Esto significa que existe un límite temporal de lo que el plan cubre por los medicamentos. Usted entra en esta interrupción de cobertura después de que usted y su plan de medicamentos ha gastado una cierta cantidad por los medicamentos cubiertos.

En el 2013 una vez que entra al período de interrupción de la cobertura, usted paga 47.5% del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y 79% de los costos del plan para los genéricos hasta que usted alcance el final de la interrupción de la cobertura. No todo mundo entrará a la interrupción de la cobertura. (Ver pág. 60).

En cada plan, una vez que ha pagado \$4,750 de su bolsillo para los medicamentos en 2013 (incluye los pagos realizados por otras fuentes tal como el descuento pagado por la empresa farmacéutica en la interrupción de la cobertura) usted cancela la interrupción de la cobertura y paga 5% (o un copago pequeño) por cada medicamento por el resto del año.

AVISO: Vea el Apéndice A para ver un cuadro con la cobertura estándar y los costos de la Parte D, así como la estructura de los beneficios.

La estructura estándar del 2013

La Sra. Torres se inscribe en el plan Medicare de medicamentos recetados ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2013. No recibe la Ayuda Adicional y usa la tarjeta de su plan de medicamentos para comprar sus medicinas.

Prima mensual – La Sra. Torres paga una prima mensual durante el año

1. Deducible anual	2. Copago o coseguro (lo que paga en la farmacia)	3. Interrupción en la cobertura	4. Cobertura catastrófica
<p>La Sra. Torres paga los primeros \$325 del costo de sus medicinas antes de que el plan comience a pagar su parte.</p>	<p>La Sra. Torres abona un copago, y el plan paga su parte de cada medicamento cubierto hasta que la cantidad combinada (más el deducible) llegue a \$2,970.</p>	<p>Una vez que la Sra. Torres y el plan hayan gastado \$2,970 en los medicamentos cubiertos, comenzará la interrupción en la cobertura. En el 2013 pagará el 47.5% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y 79% del costo del plan por los genéricos. Lo que ella paga (y el descuento pagado por la empresa farmacéutica) cuenta como gastos de su bolsillo y le ayuda a salir de la interrupción en la cobertura.</p>	<p>Una vez que la Sra. Torres haya gastado \$4,750 de su bolsillo en el año, terminará la interrupción en su cobertura. Ahora solamente tendrá que pagar un pequeño copago o coseguro por cada medicamento hasta el final del año.</p>

Muy pocos planes siguen este diseño. Los precios de su plan podrían ser diferentes.

Prima mensual—La mayoría de los planes cobran una cuota mensual que varía según el plan. Usted paga esto además de la prima de la Parte B (si tiene la Parte B). Si pertenece a un plan MA (como un HMO o PPO) con la cobertura para recetas médicas, la prima del plan puede incluir el costo de la cobertura de los medicamentos recetados.

Deducible anual (en el 2013 es \$325)—Es lo que paga cada año por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar. Ningún plan de medicamentos de Medicare podrá tener un deducible mayor de \$325 en 2013. Algunos planes no cobran un deducible.

Copagos o coseguro (usted paga aproximadamente el 25%)—Esta es la cantidad que paga por sus medicamentos cubiertos después del deducible (si el plan tiene uno). Usted paga su parte y el plan paga su parte por los medicamentos cubiertos.

Interrupción en la cobertura—La interrupción en su cobertura inicia cuando usted y su plan hayan gastado una cierta cantidad en medicamentos cubiertos (en el 2013 es \$2,970). En el 2013 durante la interrupción, usted pagará 47.5% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y 79% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que llegue al final de la interrupción de la cobertura. Ciertos costos cuentan hacia salirse de la interrupción, incluyendo su deducible anual, coseguro y copagos, el descuento que obtiene en medicamentos de marca cubiertos y lo que paga en la interrupción. Sin embargo, la prima del plan de medicamentos, lo que paga por los medicamentos no cubiertos, y el descuento por los genéricos cubiertos en la interrupción de la cobertura no cuentan hacia la salida de la interrupción.

Cobertura catastrófica (usted paga el 5%)—Una vez que haya llegado al límite de gastos de su bolsillo, usted sale de la interrupción y obtendrá automáticamente la “cobertura catastrófica” y sólo pagará un pequeño coseguro o copago por cada medicamento cubierto por el resto del año.

Cobertura mejorada durante la interrupción

Año	Lo que paga por medicamentos de marca durante la interrupción en la cobertura	Lo que paga por medicamentos genéricos durante la interrupción en la cobertura
2013	47.5%	79%
2014	47.5%	72%
2015	45%	65%
2016	45%	58%
2017	40%	51%
2018	35%	44%
2019	30%	37%
2020	25%	25%

Su descuento en medicamentos se incrementará cada año cuando se encuentre en la interrupción de la cobertura hasta 2020, cuando pagará aproximadamente 25% para los medicamentos genéricos como de marca cubiertos durante la interrupción.

NOTA: En 2013, usted paga 47.5% de cargos por el suministro y administración de vacunas para medicamentos de marca en la interrupción de la cobertura (a menos que obtenga la “Ayuda Adicional”). Los planes de Medicare pagan por el 52.5% restante de estos cargos. Los planes de medicamentos de Medicare pagarán una cantidad incremental de estos cargos hasta 2020. En 2013, usted solo paga el 79% del costo de ingredientes, impuestos de venta y cargos por el suministro y administración de vacunas para los medicamentos genéricos en la interrupción de la cobertura.

La prima de los planes Medicare de medicamentos recetados

- Un pequeño grupo puede pagar una prima más alta
 - En base a su ingreso arriba de cierto límite
 - Menos del 5% de todas las personas con Medicare
 - Se usan los mismos parámetros usados para calcular la prima de la Parte B ajustada según el ingreso
 - Según su declaración de impuestos presentada hace 2 años al IRS.
- Debe pagarla si tiene la Parte D.

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

62

Un grupo pequeño —menos del 5% de las personas con Medicare—podría pagar una prima más cara de acuerdo a sus ingresos. Si su ingreso está por encima de un cierto límite, usted pagará una cantidad extra además de la prima. La Administración del Seguro Social (SSA) usa la declaración de impuestos presentada al Servicio de Rentas Internas (IRS) para decidir si paga o no una prima más elevada. Los límites de ingresos son los mismos que se usan para el ajuste de la prima de la Parte B de acuerdo con sus ingresos (IRMAA).

Por lo general, este monto será deducido de su cheque de beneficio del Seguro Social. Si el monto del cheque no es suficiente, CMS o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) le enviará una factura mensual por la cantidad extra. Lo que significa que usted le pagará una prima mensual al plan y el monto del IRMAA a CMS o al RRB. (El IRMAA de la Parte D se lo paga al gobierno directamente y no al plan.) Este también se aplica si usted tiene la Parte D patrocinada por su empleador (pero no se aplica al subsidio para medicamentos de los jubilados u otra cobertura válida de medicamentos).

Si no paga toda la prima de la Parte D (incluyendo la cantidad extra), podrá ser eliminado del plan de medicamentos de Medicare. Usted debe pagar la cantidad extra y su prima del plan cada mes para mantener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Si tiene que pagar el ajuste y no está de acuerdo (por ejemplo porque su ingreso ha disminuido por alguna circunstancia especial), llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778. Si desea más información, visite www.socialsecurity.gov.

Referencia: Administración del Seguro Social, SSA Publicación No. 05-10536 - marzo de 2012

Ajuste mensual según su ingreso (IRMAA) Parte D

Si su ingreso anual en el 2011 fue		En el 2013 usted paga
Declaración individual	Declaración conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	La prima de su plan (YPP)
\$85,000.01 – \$107,000	\$170,000.01 – \$214,000	YPP + \$11.60 al mes
\$107,000.01 – \$160,000	\$214,000.01 – \$320,000	YPP + \$29.90 al mes
\$160,000.01 – \$214,000	\$320,000.01 – \$428,000	YPP + \$48.10 al mes
Más de \$214,000	Más de \$428,000	YPP + \$66.40 al mes

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

63

Usted pagará solamente la prima del plan si su ingreso anual en el 2011 fue \$85,000 o menos para un individuo ó \$170,000 o menos para una pareja.

Si usted reportó un ingreso bruto ajustado modificado de más de \$85,000 (individuos y individuos casados con declaraciones separadas) o \$170,000 (individuos casados con declaración conjunta) en su declaración del impuesto sobre la renta de los 2 años previos (la información más reciente de declaración de impuestos proporcionada al Seguro Social por el IRS), tendrá que pagar una cantidad extra para su cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare, llamada cantidad de ajuste mensual según el ingreso (IRMAA). Usted pagará esta cantidad extra en adición a su prima mensual para el plan de medicamentos de Medicare.

A continuación se indican las primas de la Parte D para 2013 que se basan en el ingreso bruto ajustado modificado para un individuo. Los rangos de ingreso para las declaraciones conjuntas son el doble al de las declaraciones individuales.

- \$85,000 o menos, la prima de la Parte D es la prima de su plan (YPP)
- \$85,000.01 - \$107,000, la prima de la Parte D es YPP + \$11.60 por mes
- \$107,000.01 - \$160,000, la prima de la Parte D es YPP + \$29.90 por mes
- \$160,000.01 - \$214,000 la prima de la Parte D es YPP + \$48.30 por mes
- Arriba de \$214,000, la prima de la Parte D es YPP + \$66.60 por mes

El monto del IRMAA se ajusta cada año y se calcula a partir de la prima básica anual.

Requisitos para la Parte D

- Para poder inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados
 - Usted debe tener la Parte A **y/o** la Parte B
- Para poder inscribirse en un plan Medicare Advantage con cobertura de recetas médicas
 - Usted debe tener la Parte A **y** la Parte B
- Debe residir en el área de servicio del plan
 - No puede estar en prisión
 - No puede vivir fuera de los Estados Unidos
- Usted debe estar inscrito en un plan para obtener la cobertura de las recetas médicas

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

64

Para inscribirse al Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare, usted deberá tener la Parte A y/o la Parte B. Para inscribirse a un plan Medicare Advantage (MA) con cobertura de medicamentos recetados, deberá tener la Parte A y Parte B de Medicare. Para inscribirse a un Plan de Costos de Medicare con cobertura de medicamentos recetados deberá tener las Partes A y B de Medicare, o tener únicamente la Parte B.

Cada plan tiene su propia zona donde presta servicios y usted debe vivir en el área de servicio del plan. Las personas que viven en los Territorios de los Estados Unidos, como las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el Estado Libre Asociado de las Islas Marianas del Norte pueden inscribirse en uno de estos planes. Si usted vive fuera de los Estados Unidos y sus territorios o está en prisión no puede inscribirse en un plan y por lo tanto no podrá obtener dicha cobertura.

La cobertura de las recetas médicas de Medicare no es automática. La mayoría de las personas deben inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare para tener la cobertura. Así que mientras que todas las personas con Medicare pueden tener esta cobertura, la mayoría debe actuar para obtenerla. Si califica para Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados, Medicare lo inscribirá en un plan a menos que usted decline la cobertura o se una al plan por usted mismo. Usted solamente puede estar inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados a la vez.

Cuándo puede inscribirse o cambiar de Planes Medicare de Medicamentos Recetados

Período Inicial de Inscripción (IEP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Período de 7 meses ▪ Comienza 3 meses antes del mes de su elegibilidad
Período abierto de inscripción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 de octubre – 7 de diciembre cada año ▪ Cobertura empieza el 1° de enero
De enero 1 a febrero 14	<p>Durante este período, usted puede cambiar de un plan MA al Medicare Original. Si lo hace puede inscribirse en un plan de la Parte D para añadir la cobertura de las recetas médicas. La cobertura empezará el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su formulario de inscripción.</p>

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

65

Usted puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando sea elegible por primera vez para Medicare durante el Período Inicial de Inscripción (IEP) que comienza 3 meses antes del mes en que tiene derecho a adquirir las Partes A y B.

Entre el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cualquiera puede inscribirse, cambiar o dejar un plan de medicamentos de Medicare. El cambio entrará en vigor el día primero de enero siempre y cuando el plan reciba su solicitud para el 7 de diciembre.

Si pertenece a un plan MA, puede cambiar a Medicare Original entre el 1° de enero y el 14 de febrero. Si regresa a Medicare Original durante este tiempo, la cobertura bajo Medicare Original entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en la cual se hizo la elección o el cambio. Para salir de un plan MA y regresar a Medicare Original durante este período, usted debe hacer una solicitud directamente a la organización de MA, llamar a 1-800-MEDICARE, o inscribirse en un PDP independiente. Si hace este cambio, también podrá unirse al Plan de Medicamentos Recetados de Medicare para adicionar la cobertura de medicamentos.

Cuándo puede inscribirse o cambiar de planes

Período Especial de Inscripción (SEP)

- Si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan
- Si pierde su cobertura válida de medicamentos
- Si no le explicaron correctamente que su otra cobertura no era válida/fue reducida y ya no se la considera válida
- Si ingresó, vive o deja una dependencia de cuidado a largo plazo
- Si es elegible para la Ayuda Adicional, usted tendrá un SEP continuo
- Usted se inscribe a un Programa de Ayuda Farmacéutica (SPAP)
- Si se inscribe o cambia a un plan con calificación de 5 estrellas
- O en otras circunstancias especiales

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

66

Usted puede hacer cambios a su cobertura de medicamentos recetados de Medicare al suceder ciertos eventos en su vida, tal como mudarse fuera del área de servicio de su plan o si pierde la cobertura de otro seguro. Estas oportunidades para hacer cambios se les conoce como Períodos Especiales de Inscripción (SEP, por sus siglas en inglés). Cada SEP tiene diferentes reglas sobre cuándo puede hacer los cambios y qué tipo de cambios puede hacer. Estas oportunidades para hacer cambios son adicionales a los períodos regulares de inscripción de cada año. Los SEP indicados abajo son algunos ejemplos. La lista no incluye cada situación.

- Si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan
- Si pierde su cobertura válida de medicamentos
- Si no le explicaron correctamente que su otra cobertura no era válida o que la misma fue reducida y ya no se la considera válida
- Cuando ingresa, vive o deja una dependencia de cuidado a largo plazo, como un asilo para ancianos
- Si es elegible para recibir la Ayuda Adicional, tendrá un SEP continuo y podrá cambiar de plan de medicamentos recetados en cualquier momento
- Si está inscrito en un Programa de Ayuda Farmacéutica (SPAP)
- Si se inscribe o cambia a un plan con calificación de 5 estrellas
- En circunstancias especiales por ejemplo, si ya no cumple los requisitos para recibir la Ayuda Adicional

Puede ser elegible para un SEP de la Parte B de Medicare si tiene más de 55 años y usted (o su cónyuge) todavía trabajan y tienen un seguro de salud a través de un empleo activo. Es importante recordar que los SEP para la Parte B y Parte D tienen diferentes períodos de inscripción para la cobertura. Su SEP para la Parte B dura 8 meses y comienza el mes después de que termina su empleo. Sin embargo, el SEP para la Parte D dura sólo 2 meses completos después del mes en que termina su cobertura del patrón.

Multa por inscripción tardía en la Parte D

- Si espera para inscribirse pagará una prima más cara
 - Un 1% más de la prima básica nacional
 - Por cada mes en que pudo haberse inscrito y no lo hizo
 - Durante todo el tiempo que tenga la cobertura de Medicare de recetas médicas
 - La prima básica nacional
 - En el 2013 es \$31.17
 - Puede cambiar cada año
 - Excepto si tenía una cobertura válida de medicamentos u obtiene Ayuda Adicional

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

67

Si usted decide no inscribirse en un plan Parte D de Medicare en su primera oportunidad, tal vez tenga que pagar una prima mensual más cara (multa) si decide inscribirse más tarde. Se calcula multiplicando el 1% de la prima básica nacional (\$31.17 en 2013) por el número de meses en que pudo inscribirse y no lo hizo y no tenía otra cobertura válida de medicamentos. El cálculo de la multa no se basa en la prima que cobra el plan en el que el beneficiario desea inscribirse. La cantidad final se redondea al \$0.10 más cercano y se adiciona a su prima mensual. La prima básica del beneficiario puede incrementarse cada año, así que la multa puede también aumentar. Es posible que pague esta multa por el tiempo que tenga un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene una cobertura válida cuando fue elegible por primera vez para Medicare, generalmente puede quedarse con esa cobertura y no pagará una multa si escoge inscribirse después en un plan de medicamentos de Medicare siempre y cuando se inscriba dentro de un período de 63 días después de que su otra cobertura de recetas termine. También, no pagará una prima mayor si consigue Ayuda Adicional que pague por sus medicamentos de prescripción (ver la Lección 4).

Si está en desacuerdo con el pago de la multa, puede pedirle a Medicare que evalúe la decisión. Usted tendrá que llenar un formulario (que le enviará su plan) y podrá presentar pruebas que sustenten su caso.

Ejemplo: La Sra. Jones no se inscribió en un plan cuando fue elegible por primera vez para el 15 de junio de 2009. Ella se inscribió al plan de medicamentos de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2011, para entrar en vigor el 1º de enero de 2012. Ya que la Sra. Jones no se inscribió cuando fue elegible por primera vez y siguió sin otra cobertura válida para medicamentos recetados por 30 meses (de julio 2009 a diciembre del 2011), se le cobrará una multa mensual de \$9.40 en 2013 ((\$31.17 prima básica nacional x 0.01 porcentaje de multa x 30 meses = \$9.35, y redondeando al 0.10 más cercano = 9.40). Ella paga esta multa cada mes además de su prima mensual del plan.

Medicamentos cubiertos por la Parte D

- Medicamentos recetados de marca y genéricos
 - Aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA)
 - Vendidos para ser usados en los Estados Unidos
 - Recetados para tratar una condición médica aprobada
- Incluye los medicamentos, productos biológicos y la insulina
 - Insumos para inyección o inhalación
 - Los planes deben cubrir un rango de medicamentos en cada categoría
 - La cobertura y reglas varían según el plan

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

68

Los planes Medicare de medicamentos recetados cubren tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Para que Medicare pague por ellos, los medicamentos deben ser recetados por un médico, aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) y deben ser vendidos y usados en los Estados Unidos para tratar un problema médico aprobado.

Los medicamentos cubiertos incluyen las medicinas recetadas, los productos biológicos y la insulina (por ejemplo, anticuerpos, proteínas, etc.) También cubre los insumos para inyectarse la insulina, como las jeringas, agujas, paños esterilizados y gasas.

Para asegurarse que las personas con diferentes padecimientos médicos pueden obtener las recetas que necesitan, la lista de medicamentos para cada plan debe incluir una variedad de medicamentos en la mayoría de las categorías que comúnmente se recetan. Todos los planes de medicamentos de Medicare generalmente deben cubrir al menos dos medicamentos por categoría, pero los planes pueden elegir los medicamentos específicos que cubrirán. La cobertura y las reglas varían según el plan, lo que puede afectar el monto de lo que paga. Una lista de medicamentos recetados del plan puede no incluir el medicamento específico que necesita. Sin embargo, en la mayoría de los casos, debe haber disponibilidad de uno similar. Si usted o su doctor u otro proveedor del cuidado de la salud que tiene el permiso legal para escribir recetas médicas, considera que ninguno de esos medicamentos en la lista de su plan no funcionan para su enfermedad, puede pedir una excepción.

AVISO: Hay ciertos medicamentos que nunca pasaron por el proceso de aprobación de la FDA. A medida que los planes revisan sus formularios y encuentran estos medicamentos, los van quitando de sus formularios.

Cobertura obligatoria

- Todos los medicamentos de seis categorías protegidas
 - Medicinas para el cáncer
 - Para el VIH/SIDA
 - Antidepresivos
 - Antisicóticos
 - Anticonvulsivos
 - Inmunosupresores
- Todas las vacunas disponibles en el mercado
 - Excepto las cubiertas por la Parte B (como la de la gripe)

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

69

Los planes Medicare de medicamentos recetados tiene que cubrir todos los medicamentos en las seis categorías para tratar ciertos padecimientos :

- Medicinas para el cáncer
- Para el tratamiento del VIH/SIDA
- Antidepresivos
- Antisicóticos
- Anticonvulsivos para la epilepsia y otros problemas de salud
- Inmunosupresores

También deben cubrir todas las vacunas disponibles comercialmente, incluida la vacuna para el herpes zoster (excepto la vacuna contra la gripe y la antineumocócica que están cubiertas por la Parte B).

Usted o su médico pueden llamar al plan para obtener más información sobre la cobertura de las vacunas y para otra información que el plan necesite.

Medicamentos excluidos de la Parte D por ley

- Medicamentos para la anorexia, pérdida o aumento de peso
- Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usen para tratar un problema sexual o de disfunción eréctil
- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos para propósitos cosméticos o de estilo de vida
- Medicamentos para la tos y resfriados
- Vitaminas y minerales recetados
- Medicamentos de venta libre

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

70

Medicamentos excluidos por ley de la cobertura de Medicare :

- Medicamentos para la anorexia, la pérdida o aumento de peso
- Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usen para tratar un problema sexual o de disfunción eréctil, a menos que los mismos se usen para tratar un problema médico, que no sea un problema sexual o de disfunción eréctil y que el medicamento haya sido aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos para tratar dicho problema. Por ejemplo, un plan de medicamentos recetados de Medicare puede cubrir un medicamento para disfunción eréctil cuando se use para tratar una próstata agrandada (también conocida como hiperplasia prostática benigna o BPH).
- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos para propósitos cosméticos o estilo de vida (por ejemplo para el crecimiento del cabello)
- Medicamentos para la tos y resfriados
- Vitaminas y minerales con receta (excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro)
- Los medicamentos de venta libre

Los planes pueden decidir cubrir los medicamentos excluidos pagando el costo de los mismos o compartiéndolo con usted.

AVISO: Los barbitúricos y benzodiazepinas fueron previamente excluidos de la cobertura bajo la Parte D de Medicare. A partir del 1ro. de enero de 2013, la Parte D cubre los barbitúricos (usados en el tratamiento de epilepsia, cáncer o enfermedad mental crónica) y las benzodiazepinas.

Acceso a los medicamentos cubiertos

- Los planes deben cubrir una amplia gama de medicamentos de cada categoría
- La cobertura y las normas varían en cada plan
- Los planes pueden administrar el acceso a la cobertura de los medicamentos a través de:
 - Formularios (lista de medicamentos cubiertos)
 - Autorización previa (el médico la pide antes del servicio)
 - Terapia en etapas/ pasos (un tipo de autorización previa)
 - Límites a la cantidad (limita el suministro en un período de tiempo)

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

71

Los planes deben cubrir una gama de medicamentos de las categorías y clases recetadas más comúnmente. Esto garantiza que las personas que padecen distintas afecciones puedan obtener los medicamentos que necesitan. La lista de medicamentos tal vez no incluya el que usted toma. Sin embargo, en la mayoría de los casos, habrá un medicamento similar disponible. Si usted o la persona que le receta el medicamento (su médico u otro proveedor autorizado) piensa que ninguno de los medicamentos de la lista del plan puede tratar su afección, puede solicitar una excepción.

La cobertura y las normas varían según el plan, lo cual puede afectar la cantidad que paga el beneficiario.

Algunos métodos (normas) que usa el plan para administrar el acceso de los beneficiarios a la cobertura de los medicamentos incluyen:

- **Formulario (lista de medicamentos cubiertos).** Para ofrecer costos menores, muchos planes colocan los medicamentos en diferentes niveles, con diferentes costos. Cada plan puede formar sus niveles en diferentes formas.
- **Autorización previa.** Antes de que el plan cubra un medicamento en particular, su doctor u otro proveedor debe primero mostrarle al plan que tiene la necesidad médica de ese medicamento.
- **Terapia en etapas/pasos (un tipo de autorización previa).** Usted debe primero tratar con un medicamento menos costoso en el formulario de su plan que haya probado ser eficiente para la mayoría de las personas con su padecimiento antes de moverse al siguiente paso con un medicamento más costoso. Por ejemplo, se le puede pedir que trate primero con un genérico (si lo hay) antes de obtener un medicamento similar, más costoso de marca que esté cubierto.
- **Límites en la cantidad.** Por motivos de seguridad y costo, los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren en un cierto período de tiempo.

 **Verifique sus conocimientos– Lección 2**

1. Los proveedores y suministradores que no aceptan la asignación pueden cobrar hasta
 - a. 10% más
 - b. 20% más
 - c. 15% más
 - d. Una cantidad ilimitada mayor
2. Cada persona con la Parte D del plan paga la misma prima.
 - a. Verdadero
 - b. Falso

05/14/2013 Entienda cómo funciona Medicare 72

1. Los proveedores y suministradores que no aceptan la asignación pueden cobrar hasta
 - a. 10% más
 - b. 20% más
 - c. 15% más
 - d. Una cantidad ilimitada mayor

RESPUESTA: c. Los proveedores y suministradores pueden cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare, pero hay un límite llamado “el cargo límite” o “cargo en exceso”. El proveedor sólo puede cobrarle hasta un 15% sobre el monto que reciben los proveedores no participantes.

2. Cada persona con la Parte D del plan paga la misma prima.
 - a. Verdadero
 - b. Falso

RESPUESTA: b. Falso. Planes diferentes cobran primas diferentes. También, algunas personas pueden pagar una prima mayor en base a su ingreso. A esto se le llama Cantidad Mensual Ajustada según el Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D.



Lección 3 – Sus derechos y el proceso de apelaciones

- Derechos del paciente
- Proceso de apelaciones
 - Parte A y B (Medicare Original)
 - Derechos para Medigap
 - Parte C (Medicare Advantage)
 - Parte D (la cobertura de Medicare de las recetas médicas)

05/14/2013 Entienda cómo funciona Medicare 73

La lección 3, *Sus derechos y el proceso de apelaciones* le explica las generalidades sobre sus derechos si tiene Medicare y los procesos para apelar ciertas decisiones.

- Derechos del paciente
 - Proceso de apelaciones
 - Parte A y B (Medicare Original)
 - Derechos para Medigap
 - Parte C (Medicare Advantage)
 - Parte D (Cobertura de medicamentos recetados de Medicare)

Derechos garantizados si tiene Medicare

- Usted tiene derechos garantizados en
 - Medicare Original
 - Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare
 - Los planes Medicare de medicamentos recetados
- Estos derechos:
 - Lo protegen cuando obtiene los servicios médicos
 - Le garantizan los servicios cubiertos por Medicare, necesarios por razones médicas
 - Lo protegen contra las prácticas poco éticas
 - Protegen su privacidad

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

74

Usted tiene ciertos derechos garantizados en el Programa de Medicare en Medicare Original, en los planes Medicare Advantage y otros planes de salud y en los planes Medicare de medicamentos recetados.

Estos derechos lo protegen cuando obtiene los servicios médicos, le garantizan los servicios cubiertos por Medicare que sean necesarios por motivos médicos, lo protegen contra prácticas poco éticas y protegen su privacidad.

Usted tiene derecho a

- Ser tratado con dignidad y respeto
- Estar protegido contra la discriminación
- Conseguir información que pueda entender
- Obtener servicios culturalmente competentes
- Obtener cuidado de emergencia dónde y cuándo lo necesite
- Obtener servicios urgentes
- Recibir respuestas a sus preguntas sobre Medicare

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

75

Usted tiene derecho a

- Ser tratado con dignidad y respeto en todo momento
- Estar protegido contra la discriminación
- Conseguir información de Medicare que pueda entender para tomar decisiones acerca del cuidado de su salud
 - Esto incluye información acerca de lo que está cubierto, qué paga el plan, cuánto tiene que pagar usted y cómo presentar una queja
- Obtener servicios culturalmente competentes en un lenguaje que usted pueda entender y de forma culturalmente sensible
- Obtener cuidado de emergencia dónde y cuándo lo necesite
- Obtener servicios de salud urgentemente necesarios
 - El cuidado urgente es la atención médica que obtiene en caso de una enfermedad o accidente repentino que necesita cuidado inmediato, pero que no es un riesgo grave para su salud.
- Recibir respuestas a sus preguntas sobre Medicare
 - Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
 - Puede también comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará los números de teléfono en www.medicare.gov y en la parte posterior del manual *Medicare y Usted*, Producto de CMS No. 10050.

Usted tiene derecho a (continuación)

- Estar informado acerca de sus opciones de tratamiento
 - En un lenguaje claro y fácil de comprender
- Presentar una queja
- Apelar una denegación de tratamiento o de pago
- Mantener su información personal privada
- Conocer sus derechos de confidencialidad

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

76

Usted también tiene derecho a

- Estar informado acerca de sus opciones de tratamiento en un lenguaje claro fácil de comprender
 - Los planes de la salud de Medicare no pueden impedir que su doctor le diga lo que necesita saber acerca de sus opciones de tratamiento
- Presentar una queja acerca de pago, servicios, u otros problemas, incluyendo la calidad del cuidado de su salud
- Apelar decisiones acerca de cobertura y/o pagos
- Asegurarse de que la información que Medicare obtenga sobre su persona sea confidencial
- Conocer sus derechos de privacidad

Derecho a presentar una queja o apelar una decisión

- Queja (a veces llamada reclamo)
 - Acerca de la calidad de los servicios
 - De la atención recibida
- Apelar una decisión de cobertura o de pago
- Si desea información, comuníquese con
 - Su plan
 - Su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
 - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

77

Usted tiene derecho a presentar una queja sobre sus inquietudes o problemas relacionados con los servicios o la calidad de la atención.

Una apelación es una revisión que usted solicita si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago (por ejemplo, si considera que Medicare debería haber pagado pero no pagó, o no pagó lo suficiente; un plan médico de Medicare denegó un servicio que se necesitaba; o un plan de la Parte D no cubrió un medicamento recetado).

Para más información acerca de cómo apelar o presentar una queja, llame a su plan, a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Apelaciones si tiene Medicare Original

- El Resumen de Medicare (MSN) le explica
 - Por qué Medicare no pagó
 - Cómo apelar
 - Dónde solicitar la apelación
 - Cuál es el plazo de tiempo para apelar
- Pídale a su proveedor de la salud cualquier información que contribuya a su caso
- Guarde copias de los documentos que envía para la apelación

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

78

Si tiene el Medicare Original, usted puede presentar una apelación si piensa que Medicare debería haber pagado por un artículo o servicio que recibió. Si usted presenta una apelación, pídale a su médico que le proporcione información relacionada con la factura que pudiera ayudar en su caso. Si ha recibido cuidado y no está seguro si Medicare fue facturado por los artículos o servicios que usted recibió, escriba o llame a su doctor, proveedor de la salud o abastecedor y solicite una factura detallada.

Encontrará instrucciones sobre cómo apelar en el Resumen de Medicare (MSN) que recibe por correo de la de la compañía encargada de la facturación de Medicare. El Resumen también le explicará por qué Medicare no pagó su factura y cómo puede apelar. El Resumen le indicará dónde enviar la apelación y cuánto tiempo tiene para presentar su apelación.

Guarde copias de todo lo que envíe a Medicare como parte de su apelación.

Derechos para Medigap en Medicare Original

- Derecho a comprar una póliza Medigap
 - Derechos garantizados de compra
 - Durante su Período abierto de inscripción en Medigap la aseguradora no puede:
 - Negarle la cobertura de Medigap
 - Ponerle condiciones para la cobertura
 - Cobrarle más por sus problemas de salud pasados o actuales
 - Deben cubrir sus condiciones preexistentes
 - Pueden imponerle un período de espera de hasta seis meses
 - Algunos estados le otorgan derechos adicionales

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

79

Si tiene el Medicare Original también tiene el derecho de:

- Comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare).
 - En ciertas circunstancias tiene derecho a comprar una póliza Medigap. Cuando usted tiene el derecho de compra de una póliza Medigap garantizado:
 - No le pueden negar la póliza ni imponerle condiciones
 - Debe cubrirle todas las condiciones preexistentes
 - No pueden aumentarle el precio de la póliza por sus problemas de salud pasados o actuales
 - Usted tiene derecho a comprar una póliza Medigap durante el Período abierto de inscripción (el período de seis meses que comienza cuando usted tiene 65 años y la Parte B). Si bien la compañía de seguro no puede hacerle esperar para que se inicie su cobertura, tal vez tenga que esperar para que cubra cualquier condición preexistente.
 - Algunos estados le otorgan más derecho de compra de una póliza Medigap.

Nota: En el Módulo 3, *Pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare)* se describen estas situaciones.

Sus derechos en los planes de salud de Medicare

- Opciones de proveedores de planes de salud
- Acceso a los especialistas del plan (plan de tratamiento)
- Saber cómo se les paga a sus médicos
- Proceso de apelación justo, eficiente, y oportuno
 - En ciertas situaciones se le puede otorgar una apelación acelerada

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

80

Si usted tiene un plan de salud de Medicare, además de los derechos y protecciones detallados previamente, tiene derecho a:

- Escoger los proveedores de la red del plan para que sus servicios sean cubiertos.
- Obtener un plan de tratamiento de su doctor si sufre de un padecimiento médico complejo o grave. Si tiene un plan de tratamiento podrá consultar directamente a un especialista que pertenezca al plan cuantas veces usted y su doctor lo consideren necesario. Las mujeres tienen derecho a ir directamente a un especialista en el cuidado de la salud de la mujer sin necesidad de ser referidas para servicios de cuidado de la salud rutinarios y preventivos.
- Preguntarle a su plan cómo le paga a sus médicos. Medicare no autoriza a los planes a pagar a los doctores de una forma que interfiera con el cuidado que usted necesita recibir.
- Un proceso de apelación justo, eficiente, y oportuno para resolver las reclamaciones sobre pago y cobertura con su plan. Usted tiene derecho a pedir que su plan le facilite o pague por un servicio que usted piensa que debería cubrirlo, proporcionarlo o continuarlo.

Sus derechos en los planes de salud de Medicare

- Proceso de quejas
- Información sobre la cobertura/pago antes de obtener el servicio
- Confidencialidad de su información médica
- Atención urgente
- Comuníquese con su plan si desea más información

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

81

Si está inscrito en un plan de salud de Medicare, además de los derechos y protecciones detallados previamente, tiene derecho a:

- Presentar una queja sobre las dudas o problemas con su plan (por ejemplo, si piensa que los horarios de servicio de su plan deberían ser diferentes, o que no tienen suficientes especialistas para atender sus necesidades). Lea los documentos que le entrega el plan o llámelos para averiguar cómo presentar una queja.
- Conseguir una decisión de cobertura o información de su plan antes de que le brinden los servicios, sobre cuáles son los servicios que están cubiertos o las normas de cobertura. También puede llamar a su plan si tiene preguntas acerca de sus derechos y protecciones acerca del cuidado de la salud en el hogar. Su plan debe informarle si usted les pregunta.
- La confidencialidad de su información médica personal. Para más información acerca de su derecho de privacidad, lea los folletos informativos de su plan o llámelos.
- Atención médica urgente, que es cuidado que obtiene en caso de una enfermedad o accidente repentino que necesita atención médica inmediata, pero que no es un riesgo grave para su salud. Si tiene un plan médico de Medicare, los proveedores de cuidado médico de la red del plan generalmente lo atenderán si se encuentra en el área de servicio del plan. Si está fuera del área de servicio del plan por un corto plazo (menos de 6 meses) y no puede esperar hasta volver a su residencia, el plan de salud debe pagar por la atención urgente.

Para más información acerca de sus derechos y protecciones, lea los documentos que le entregó el plan o llámelos.

Tiene el derecho a

- Solicitar la determinación de una cobertura
- Pedir una excepción
- Apelar la decisión de su plan

05/14/2013

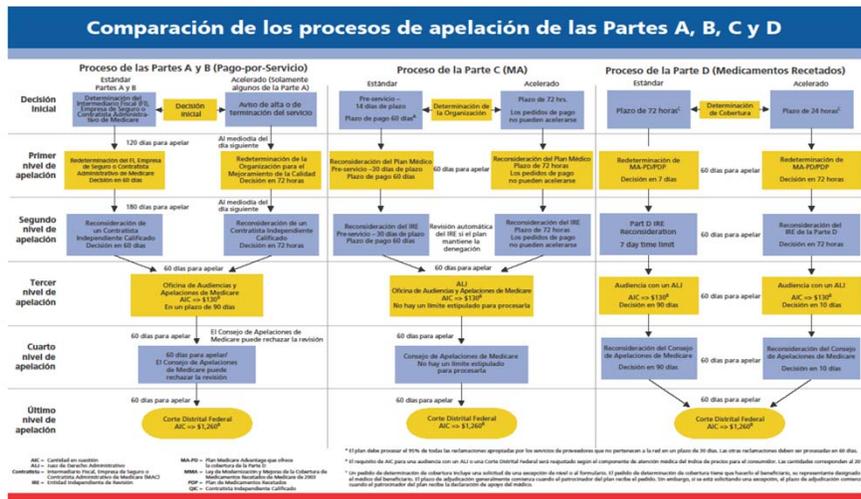
Entienda cómo funciona Medicare

82

Si está en un plan de medicamentos de Medicare, además de los derechos y protecciones previamente descritos, usted tendrá los siguientes derechos:

- Derecho a solicitar la determinación de una cobertura- La determinación de una cobertura es la primera decisión tomada por su plan de medicamentos de Medicare (no la farmacia) sobre sus beneficios de medicamentos recetados. Esto incluye si cierto medicamento está cubierto, si ha cumplido con todos los requisitos para obtener un medicamento determinado y cuánto debe pagar por un medicamento. Usted o quien emite la receta deben contactar a su plan para pedir la determinación de la cobertura.
- Derecho a pedir una excepción- Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Hay dos tipos de excepciones: las excepciones de nivel (como es obtener un medicamento en el nivel 3 al precio del nivel 2) y excepciones a los formularios (ya sea que la cobertura para un medicamento no está en el formulario del plan o hay requisitos de acceso relajados). Si quiere hacer una solicitud de excepción, necesitará una declaración que sustente esto de quien receta. En general, la declaración debe indicar la razón médica para la excepción. El que receta puede hacerlo verbalmente o por escrito.
- Derecho a apelar la decisión de su plan- Si no está de acuerdo con la determinación de su cobertura del plan de medicamentos de Medicare o la decisión de excepción, tiene el derecho a apelar la decisión. La decisión por escrito de su plan le explicará cómo puede presentar una apelación. Lea esta decisión cuidadosamente, y llame a su plan si tiene preguntas.

Los procesos de apelación para las Partes A, B, C y D



05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

83

Este cuadro le muestra los procesos de apelación para las Partes A, B, C y D de Medicare.

Si desea más información sobre las apelaciones, visite www.medicare.gov y lea la publicación de CMS No. 10112 titulada “Sus derechos y protecciones en Medicare”.

El Módulo 2 le explica los procesos de apelación en detalle.

NOTA: En el cuaderno de trabajo correspondiente encontrará una copia en tamaño original. Vea el Apéndice C.

Las cantidades en cuestión (AIC) cambiaron en el 2013, para el Tercer Nivel de Apelación, el AIC es de \$140 y para el Último Nivel el AIC es de \$1400.



Verifique sus conocimientos – Lección 3

1. Tiene derechos garantizados en
 - a. Medicare Original
 - b. Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare
 - c. Planes de medicamentos recetados de Medicare
 - d. Todo lo anterior

2. Puede presentar una queja sobre
 - a. La decisión de una cobertura
 - b. La decisión de un pago
 - c. La calidad de los servicios recibidos
 - d. El cuidado de la salud que recibió

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

84

1. Tiene derechos garantizados en
 - a. Medicare Original
 - b. Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare
 - c. Planes de medicamentos recetados de Medicare
 - d. Todo lo anterior

RESPUESTA: d. Todo lo anterior.

2. Puede presentar una queja sobre
 - a. La decisión de una cobertura
 - b. La decisión de un pago
 - c. La calidad de los servicios recibidos
 - d. El cuidado de la salud que recibió

RESPUESTA: c y d. Usted presentar una queja (algunas veces llamada reclamo) en base a inquietudes o problemas que pudiera tener para recibir cuidado de la salud o la calidad del cuidado de la salud recibido.

 **Lección 4 – Programas para personas con ingresos y recursos limitados**

- “Ayuda Adicional”
- Medicaid
- Los Programas Medicare de Ahorros
- Ayuda para las personas que viven en los Territorios de los Estados Unidos.

05/14/2013 Entienda cómo funciona Medicare 85

La Lección 4 – *Los programas para las personas con ingresos y recursos limitados* le explica:

- La “Ayuda Adicional”
- Medicaid
- Los Programas Medicare de Ahorros
- La ayuda para los beneficiarios que viven en los Territorios estadounidenses

¿Qué es la Ayuda Adicional?

- Programa que ayuda a la gente a pagar los costos de medicamentos recetados de Medicare
 - También conocido como Subsidio para personas de Bajo Ingreso (LIS)
- Si tiene ingresos y recursos limitados
 - No paga primas o deducible y sin copagos o copagos menores
- Si tiene ingresos y recursos ligeramente mayores
 - Paga un deducible menor y un poco más de su bolsillo
- Sin interrupción de cobertura o multa por inscripción tardía si califica para Ayuda Adicional

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

86

Si tiene ingresos y recursos limitados, podrá obtener Ayuda Adicional que pagará los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. A la Ayuda Adicional también se le conoce como Subsidio para personas de bajo ingreso (LIS).

Si tiene ingresos y recursos muy bajos, no pagará primas o deducible y tendrá copagos pequeños o no tendrá copagos. Si tiene ingresos y recursos ligeramente mayores, tendrá un deducible reducido y pagará un poco más de su bolsillo.

Si califica para Ayuda Adicional, no tendrá una interrupción de la cobertura o multa por inscripción tardía. También tendrá un Período Especial de Inscripción (SEP) continuo y puede cambiar planes en cualquier momento, entrando en vigor el nuevo plan el primer día del siguiente mes.

AVISO: La “Ayuda Adicional” no está disponible para las personas que viven en los Territorios de los Estados Unidos. Los Territorios tienen sus propios reglamentos para ayudar a sus residentes con los gastos de la cobertura de Medicare de las recetas médicas. Esta ayuda generalmente es para residentes que califican y están inscritos en Medicaid. Esta asistencia es diferente a la Ayuda Adicional.

Elegibilidad para la “Ayuda Adicional”

- Usted automáticamente califica para Ayuda Adicional si obtiene
 - Cobertura total de Medicaid
 - Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
 - Ayuda de Medicaid para pagar primas de Medicare
- Todos los demás deben solicitarla
 - En línea en www.socialsecurity.gov
 - Llamando al SSA al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)
 - Pida “Solicitud para Ayuda con Costos del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare” (SSA-1020)
 - Comuníquese con su agencia estatal de Medicaid

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

87

Usted será elegible automáticamente para recibir Ayuda Adicional (y no es necesario aplicar) si usted tiene Medicare y obtiene la cobertura completa de Medicaid, los beneficios de Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), o ayuda de Medicaid para pagar las primas de la Parte B de Medicare (Programa de Ahorros de Medicare).

Si usted no cumple alguna de las condiciones anteriores, aún puede calificar para recibir Ayuda Adicional, pero tendrá que solicitarla. Si cree que tiene derecho, pero no está seguro, debe solicitarla. Puede solicitar Ayuda Adicional en cualquier momento, y si se le niega, se puede volver a solicitar si sus circunstancias cambian. La elegibilidad para recibir Ayuda Adicional se puede determinar ya sea por el Seguro Social o su agencia estatal de Medicaid.

Usted puede calificar para recibir Ayuda Adicional, también llamado el subsidio por bajos ingresos (LIS), si sus ingresos y recursos anuales están por debajo de estos límites en 2013:

- Persona soltera - Ingresos menores de \$ 17,235 y recursos menores de \$ 13,330
- Persona casada que vive con su cónyuge y sin dependientes - Ingresos menores de 23,265 dólares y recursos menores de \$ 26,580

Estas cantidades pueden cambiar cada año. Usted puede calificar, incluso si tiene un ingreso más alto (como si todavía trabajara, vive en Alaska o Hawaii, o tiene dependientes que viven con usted). Consulte el Apéndice C para las directrices de ingresos y recursos de Ayuda Adicional de 2013. Puede solicitar Ayuda Adicional completando una solicitud en papel que se puede obtener llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778). También puede solicitarla en línea en www.socialsecurity.gov a través de su agencia estatal de Medicaid, o trabajando con una organización local, tal como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).

¿Qué es Medicaid?

- Un programa federal y estatal de seguro médico
 - Para las personas con ingresos y recursos limitados
 - Cubre la mayoría de los costos de cuidado de la salud
 - Si tiene ambos Medicare y Medicaid
- La elegibilidad la determina cada estado
- Los procesos de solicitud y los beneficios varían
- El nombre de cada oficina estatal varía
 - Solicite si PUDIERA calificar

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

88

Medicaid es un programa que ayuda a pagar los gastos médicos de las personas con ingresos y recursos limitados. Medicaid está financiado en forma conjunta por los gobiernos estatales y federal y administrado por cada estado. Puede ofrecer cobertura para los niños; ancianos, ciegos, incapacitados y algún otro grupo dependiendo del estado.

Si usted es elegible para Medicare y Medicaid, la mayoría de sus gastos médicos estarán cubiertos. Estas personas se le llama a menudo “doblemente elegibles.” Las personas elegibles para ambos programas reciben la cobertura de sus recetas médicas de Medicare en vez de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid pueden conseguir la cobertura de ciertos servicios que Medicare no cubre en su totalidad, por ejemplo el cuidado en un centro de enfermería especializada o la atención domiciliaria.

La elegibilidad para Medicaid la determina cada estado, y el proceso de solicitud y los beneficios varían de estado en estado. Para averiguar si es elegible, usted debe ponerse en contacto con la Oficina Estatal de Ayuda Médica.

Debe de solicitar Medicaid si considera que PUDIERA calificar. Para información adicional o para solicitarlo, puede:

- Llamar a 1-800-MEDICARE
- Llamar a su SHIP
- Llamar o visitar su oficina estatal de Asistencia Médica

Programas Medicare de Ahorros

- Ayuda de Medicaid para pagar costos de Medicare
 - Para personas con ingresos y recursos limitados
- Con frecuencia ingresos y recursos más altos que Medicaid completo
- Los programas incluyen
 - Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)
 - Beneficiario de Bajos Ingresos (SLMB)
 - Individuo Calificado (QI)
 - Individuo Calificado Discapacitado que Trabaja (QDWI)

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

89

Los estados tienen otros programas que pagan las primas de Medicare y en algunos casos, podrían pagar los deducibles y el coseguro de Medicare de las personas con ingresos y recursos limitados. Estos programas por lo general tienen límites de ingresos y recursos más altos que Medicaid. Se les conoce colectivamente como Programas Medicare de Ahorros, e incluyen los programas para el Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), el Beneficiario de Bajos Ingresos (SLMB), el de Individuo Calificado (QI) y el de Individuo Calificado Discapacitado que Trabaja (QDWI). Vea el Apéndice D para un gráfico con información detallada sobre estos programas.

La elegibilidad para estos programas se determina teniendo en cuenta los niveles de ingresos y recursos. El monto de los ingresos se actualiza cada año según el Nivel Federal de Pobreza. En muchos casos, para calificar para un Programa de Ahorros Medicare en 2013, debe de tener:

- Parte A
- Un ingreso mensual menor de \$1,313 y recursos menores de \$7,080 – una persona
- Un ingreso mensual menor de \$1,765 y recursos menores de \$10,620 – casados y viviendo juntos

Muchos estados estiman su ingresos y recursos en forma diferente, de tal forma que puede calificar en su estado aún si su ingreso o recursos son mayores a las cantidades indicadas arriba. Si tiene un ingreso de su trabajo, es posible que califique para los beneficios aún si su ingreso es mayor a los límites de arriba.

Además, algunos estados ofrecen sus propios programas para ayudar a los beneficiarios de Medicare con los gastos médicos que pagan de su bolsillo, entre los que se incluyen los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica.

Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para averiguar cuáles son los programas disponibles. Encontrará la información para comunicarse con su SHIP en www.medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Pasos a seguir

- Si piensa que cumple los requisitos
 1. Revise los requisitos
 2. Junte los documentos necesarios
 3. Consiga más información
 - Llame a su Oficina Estatal de Ayuda Médica
 - Llame a su SHIP
 - Llame a la Agencia Local para el Envejecimiento
 4. Llene una solicitud en su Oficina Estatal de Ayuda Médica

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

90

A continuación le mencionamos los pasos para averiguar si cumple los requisitos para recibir ayuda para pagar los gastos de Medicare que paga de su bolsillo. Primero, fíjese en los límites de ingresos y recursos (o bienes) para su zona. Si piensa que es elegible, junte los documentos personales que le pida la agencia. Usted necesitará:

- Su tarjeta de Medicare
- Prueba de identidad
- Comprobante de domicilio
- Comprobante de ingreso, incluido el cheque de la pensión o del Seguro Social, etc.
- Estado de cuenta bancario
- Títulos de propiedad
- Pólizas de seguros
- Estados financieros de bonos o acciones
- Comprobante de las pólizas de funeral o entierro

Usted puede conseguir más información llamando a la Oficina Estatal de Ayuda Médica, su programa SHIP o la Agencia Local para Envejecimiento.

Por último llene la solicitud y preséntela en la Oficina Estatal de Ayuda Médica.

Programas en los Territorios de los Estados Unidos

- Ayudan a los beneficiarios con los costos de Medicare
- Los Territorios estadounidenses
 - Puerto Rico
 - Islas Vírgenes
 - Guam
 - Islas Marianas del Norte
 - Samoa Americana
- Los programas varían
 - Comuníquese con la Oficina de Ayuda Médica

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

91

En los Territorios estadounidenses - Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana—hay programas para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados, a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en cada zona. Para obtener más información, comuníquese con la oficina de Ayuda Médica.

AVISO : Si ninguno de estos territorios es parte de su área, puede decidir no mostrar esta diapositiva.

 **Verifique sus conocimientos – Lección 4**

1. Ayuda Adicional es un programa que ayuda a pagar Medicare
 - a. Primas de Parte B
 - b. Primas de Parte A
 - c. Deducibles de Parte B
 - d. Costos de medicamentos recetados

2. Los programas de ahorro de Medicare tienen requisitos más altos para ingresos y recursos que Medicaid completo.
 - a. Verdadero
 - b. Falso

05/14/2013 Entienda cómo funciona Medicare 92

1. Ayuda Adicional es un programa que ayuda a pagar Medicare
 - a. Primas de la Parte B
 - b. Primas de la Parte A
 - c. Deducibles de la Parte B
 - d. Costos de medicamentos con receta

RESPUESTA: d. Ayuda Adicional es un programa que ayuda con el pago de medicamentos recetados de Medicare

1. Los Programas Medicare de Ahorros tienen requisitos más altos para ingresos y recursos que Medicaid completo.
 - a. Verdadero
 - b. Falso

RESPUESTA: a. Verdadero. Los Programas Medicare de Ahorros tienen requisitos de ingresos y recursos más altos que Medicaid completo.

Introducción a la guía de recursos de Medicare

Recursos		Productos de Medicare
<p>Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) www.medicare.gov www.CMS.gov</p> <p>Seguro Social 1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778 http://www.socialsecurity.gov/</p> <p>Junta de Retiro Ferroviario 1-877-772-5772 http://www.rrb.gov/</p>	<p>Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIPs)*</p> <p>*Para números de teléfono llame a CMS 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 1-877-486-2048 for usuarios TTY http://www.medicare.gov/caregivers/ http://www.HealthCare.gov http://www.Benefits.gov http://www.Insurekidsnow.gov</p> <p>Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio www.healthcare.gov/law/full/index.html</p>	<p>Manual Medicare y Usted CMS Producto No. 10050)</p> <p>Sus beneficios en Medicare CMS Producto No. 10116</p> <p>Selección de una póliza de Medigap: Una Guía de seguro médico para las personas con Medicare CMS Producto No. 02110</p> <p>Para conseguir estos productos</p> <p>Vea y ordene copias visitando www.medicare.gov</p> <p>Ordene copias múltiples (sólo para proveedores) visitando productordering.cms.hhs.gov. Deberá inscribir a su organización.</p>



This training module is provided by the
CMS National Training Program

For questions about training products, e-mail
Training@cms.hhs.gov

To view all available training materials
or to subscribe to our listserv, visit
[http://cms.gov/Outreach-and-Education/
Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html](http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html)

Este módulo de capacitación es proporcionado por el Programa de Capacitación Nacional CMS. Si tiene preguntas sobre los productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov. Para ver todos los materiales del Programa Nacional de Capacitación CMS disponibles o para suscribirse a nuestra lista de correos electrónicos, visite www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram.

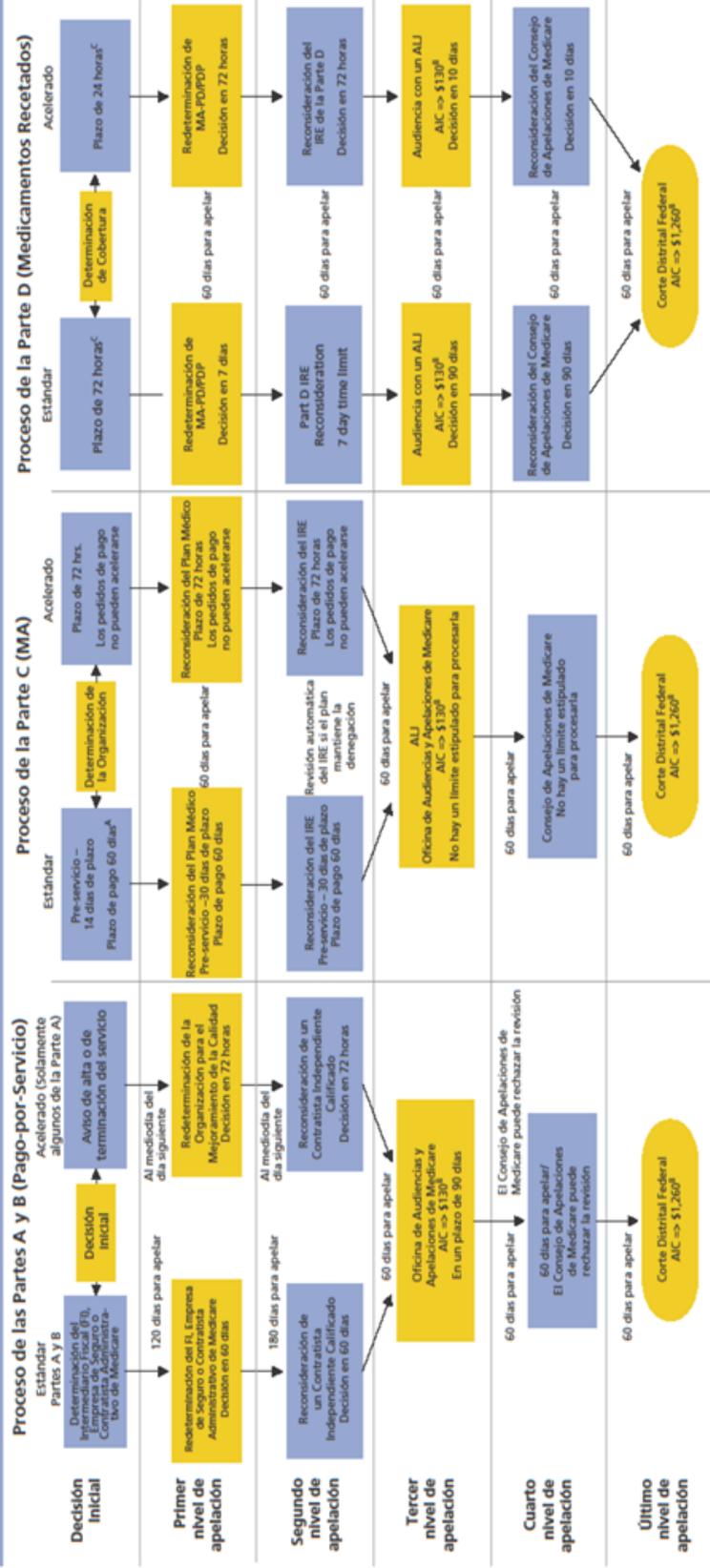
Apéndice A: Beneficio estándar de medicamentos, 2013

Parámetros del beneficio	2013	2014
Deducible	\$325	\$310
Límite de cobertura inicial	\$2,970.00	\$2,850.00
Límite para gastos que paga de su bolsillo	\$4,750.00	\$4,550.00
Total de gastos de medicamentos cubiertos en el umbral de OOP	\$6,954.52	\$6,690.77
Costos compartidos mínimos durante la cobertura catastrófica	\$2.65/\$6.60	\$2.55/\$6.35
Copagos para Ayuda Adicional	2013	2014
Institucionalizados	\$0	\$0
Residencias y servicios comunitarios	\$0	\$0
Hasta el 100% del Nivel de Pobreza Federal (FPL)	\$1.15/\$3.50	\$1.20/\$3.60
Ayuda Adicional Completa	\$2.65/\$6.60	\$2.55/\$6.35
Ayuda Adicional Parcial (Deducible/Particip. costo)	\$66/15%	\$63/15%

Apéndice B: Parte A, B, C y D

Procesos de Apelación

Comparación de los procesos de apelación de las Partes A, B, C y D



^a El plan debe procesar el 95% de todas las reclamaciones aprobadas por los servicios de proveedores que no pertenezcan a la red en un plazo de 30 días. Las otras reclamaciones deben ser procesadas en 60 días.

^b El requisito de AIC para una audiencia con un ALJ o una Corte distrital federal será respetado según el componente de atención médica del rubro de precios para el consumidor. Las cantidades corresponden al 2015.

^c Un pedido de determinación de cobertura incluye una solicitud de una excepción de nivel o al formulario. El pedido de determinación de cobertura tiene que hacerlo el beneficiario, su representante designado o el proveedor de servicios de salud. El proveedor de servicios de salud puede solicitar una excepción de nivel o al formulario cuando el patrocinador del plan recibe el pedido. Sin embargo, si se está solicitando una excepción, el plazo de aplicación comienza cuando el patrocinador del plan recibe la declaración de apoyo del médico.

MA-PD = Plan Medicare Advantage que ofrece la cobertura de la Parte D
 MMA = Ley de Modernización y Mejora de la Cobertura de Medicare
 POP = Plan de Medicamentos Recetados
 QIC = Contratista Independiente Calificado

AIC = Cantidad en cuestión
 ALJ = Juez de Derecho Administrativo
 Contratista = Contratista Fiscal, Empresa de Seguro o Contratista Independiente Estipulado (BAC)
 BE = Entidad Independiente de Revisión

Apéndice C: Límites de ingresos y recursos para la Ayuda Adicional en 2013

■ Ingresos

- Menos del 150% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)
 - \$1,436.25 mensuales por individuo*, o
 - \$1,938.75 mensuales por pareja (matrimonio)*
 - Basado en el número de miembros de la familia

■ Recursos

- Hasta \$13,300 por individuo, o
- Hasta \$26,580 por pareja casada
 - Incluye \$1,500/por persona para gastos de funeral y entierro
 - Se tienen en cuenta sus ahorros e inversiones
 - No se tiene en cuenta su vivienda

*Los límites pueden ser más altos para Alaska y Hawái

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

97

Usted puede obtener Ayuda Adicional si usted tiene Medicare, ingresos por debajo del 150% del nivel federal de pobreza (FPL) y recursos limitados. Puede calificar para recibir Ayuda Adicional si sus ingresos y recursos están por debajo de los límites anteriores en 2013. Estas cantidades pueden cambiar en 2014.

Si usted está casado y vive con su cónyuge, ambos ingresos y recursos son tomados en cuenta, aunque sólo uno solicite la Ayuda Adicional. Si está casado y no vive con su cónyuge cuando hace la solicitud, sólo cuentan sus ingresos y recursos. El resultado se compara con el FPL para una sola persona o una persona casada, según corresponda. Si usted y / o su cónyuge tienen familiares dependientes que viven con usted y que dependen de usted al menos en la mitad de su sustento, también se toma en consideración. Esto significa que unos abuelos que crían nietos pueden calificar, pero la misma persona no podría haber calificado como una persona que vive sola.

Sólo dos tipos de recursos se utilizan para ver si es elegible para recibir Ayuda Adicional:

- Recursos líquidos (tales como cuentas de ahorro, acciones, bonos y otros activos que se pueden cambiar en dinero en efectivo en 20 días), y
- Bienes raíces, que no incluyen su casa o terreno en el que se encuentra su casa.

Los artículos tales como anillos de boda y herencias de la familia no se cuentan al ver si usted califica para recibir Ayuda Adicional.

NOTA: Los niveles de ingresos y de recursos indicados son para 2013 y puede subir cada año. Los niveles de ingresos son más altos si vive en Alaska o Hawái, o si usted o su cónyuge pagan al menos la mitad de los gastos de manutención de los familiares dependientes que viven con usted, o si usted trabaja. Límites de recursos actualizados suelen ser publicados cada otoño para el siguiente año calendario. Límites de ingresos Actualizado generalmente son publicados cada mes de febrero del mismo año calendario.

Apéndice D: Límites de Ingresos/Recursos para el Programa Medicare de Ahorros, 2013

Programa de Ahorros de Medicare	Límite de Ingreso Mensual Individual*	Límite de Ingreso Mensual Pareja Casada*	Le ayuda a pagar
Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)	\$978	\$1,313	Primas Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro, y copagos)
Beneficiario de Bajos Ingresos (SLMB)	\$1,169	\$1,571	Sólo primas Parte A
Individuo Calificado (QI)	\$1,313	\$1,765	Sólo primas Parte B
Individuo Calificado Discapacitado que Trabaja (QDWI)	\$3,915	\$5,255	Sólo primas Parte A

05/14/2013

Entienda cómo funciona Medicare

98

Si usted califica para el Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) recibirá ayuda para pagar las primas de la Parte A y Parte B, deducibles, coaseguros, y copagos. Para calificar, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare y tener un ingreso que no exceda el 100% del nivel federal de pobreza (FPL). Esto estará vigente el primer mes siguiente al mes en que la elegibilidad de QMB se aprobó (no puede ser retroactiva).

Si usted califica para el programa de Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos (SLMB) de Medicare recibirá ayuda para pagar la prima de la Parte B. Para calificar, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare y tener un ingreso de por lo menos 100%, pero no superior al 120% del FPL.

Si califica para el programa de Individuo Calificado (QI), y todavía hay fondos disponibles en su estado, recibirá ayuda para pagar la prima de la Parte B. Es totalmente financiado por la federación. El Congreso sólo se apropió de una cantidad limitada de fondos para cada estado. Para calificar, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare y tener un ingreso que no exceda del 135% del FPL.

Si usted califica como Individuo Calificado Discapacitado que Trabaja (QDWI) recibirá ayuda para pagar la prima de la Parte A. Para calificar, debe tener derecho a la Parte A debido a la pérdida de la parte basada en la discapacidad por sus ingresos superiores a la Actividad Sustancial y Lucrativa (SGA) de Medicare; tener un ingreso no superior al 200% del nivel federal de pobreza y recursos que no excedan de dos veces máximo para SSI (\$ 4,000 para una persona y \$ 6,000 por pareja casada en 2013), y no ser elegible para Medicaid. Si reúne los requisitos recibirá ayuda para pagar la prima de la Parte A. Si su ingreso es de entre 150% y 200% del nivel federal de pobreza, el estado le puede pedir que pague una parte de la prima de la Parte A de Medicare.

En 2013, los límites de recursos para los programas QMB, SLMB y QI son de \$ 7,080 para una sola persona y \$ 10,620 para una persona casada que vive con su cónyuge y sin otros dependientes. * Los límites de recursos se ajustan el 1ro de enero de cada año, en base a la variación del índice de precios al consumidor (CPI, por sus siglas en inglés) desde septiembre del año anterior.