

# 2013 National Training Program

# Workbook

## Medicare Comencemos



Índice

Introducción .....	<a href="#">1</a>
Comencemos .....	<a href="#">2</a>
Lección 1 – ¿Qué es Medicare? .....	<a href="#">3</a>
¿Quién administra Medicare? .....	<a href="#">4</a>
Las cuatro partes de Medicare .....	<a href="#">5</a>
La inscripción en Medicare .....	<a href="#">6</a>
Tarjeta de Medicare.....	<a href="#">7</a>
Cómo puede inscribirse en Medicare .....	<a href="#">8</a>
Cuándo puede inscribirse en Medicare .....	<a href="#">9</a>
Lección 2 – Decisiones de Medicare.....	<a href="#">11</a>
Decida cómo desea obtener su cobertura de Medicare .....	<a href="#">12</a>
Medicare Original .....	<a href="#">13</a>
Lo que paga por la Parte A de Medicare (seguro de hospital) .....	<a href="#">14</a>
Lo que paga por la internación hospitalaria .....	<a href="#">15</a>
Lo que paga en un Centro de Enfermería Especializada .....	<a href="#">16</a>
Prima mensual de Parte B.....	<a href="#">17</a>
Lo que paga por los servicios de la Parte B .....	<a href="#">18</a>
Decisión: ¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte A? .....	<a href="#">19</a>
Decisión: ¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte B?.....	<a href="#">20</a>
Lección 3 – ¿Qué es una Póliza de Medigap?.....	<a href="#">24</a>
Decisión: ¿Necesito una Póliza de Medigap? .....	<a href="#">26</a>
¿Cuál es el mejor momento para comprar una póliza de Medigap? .....	<a href="#">27</a>
¿Qué tengo que hacer para encontrar la póliza de Medigap que me convenga más?.....	<a href="#">28</a>
Lección 4 – Parte C – Medicare Advantage .....	<a href="#">30</a>
¿Cómo funciona Medicare Advantage?.....	<a href="#">31</a>
¿Cuándo puedo inscribirme en un plan Medicare Advantage? .....	<a href="#">32</a>
Decisión: ¿Debo inscribirme en un plan de Medicare Advantage?.....	<a href="#">33</a>
Lección 5 – Parte D – La cobertura de Medicare de las recetas médicas .....	<a href="#">35</a>
¿Cómo funciona la Parte D de Medicare .....	<a href="#">36</a>
¿Quién puede inscribirse en la Parte D?.....	<a href="#">37</a>
¿Cuándo puedo inscribirme en un plan de la Parte D? .....	<a href="#">38</a>

## Índice

Elección de un Plan de la Parte D .....	<a href="#"><u>39</u></a>
Decisión: ¿Debo inscribirme en un plan de la Parte D?.....	<a href="#"><u>40</u></a>
Lección 6 – Ayuda para las personas que tienen ingresos y recursos limitados .....	<a href="#"><u>42</u></a>
¿Qué es Medicaid?.....	<a href="#"><u>43</u></a>
¿Qué son los Programas de Ahorros de Medicare? .....	<a href="#"><u>44</u></a>
¿Quién puede ser elegible para los MSP? .....	<a href="#"><u>45</u></a>
¿Qué es la Ayuda Adicional?.....	<a href="#"><u>46</u></a>
¿Qué es el Programa de Seguro Médico para los niños? .....	<a href="#"><u>47</u></a>
Decisión: ¿Debo solicitar estos programas?.....	<a href="#"><u>48</u></a>
Lección 7 – ¿Qué recursos hay disponibles? .....	<a href="#"><u>50</u></a>
Medicare.gov .....	<a href="#"><u>51</u></a>
SocialSecurity.gov .....	<a href="#"><u>52</u></a>
HealthCare.gov.....	<a href="#"><u>53</u></a>
Si desea más información .....	<a href="#"><u>55</u></a>
Puntos clave que recordar .....	<a href="#"><u>56</u></a>
Información de contacto del Programa Nacional de Entrenamiento de CMS .....	<a href="#"><u>58</u></a>
Hoja de respuestas.....	<a href="#"><u>59</u></a>
Acrónimos .....	<a href="#"><u>66</u></a>
Índice.....	<a href="#"><u>67</u></a>

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



## Programa Nacional de Entrenamiento



### Medicare *Comencemos*

Con una Introducción a Medicaid y  
el Programa de Seguro Médico  
para los Niños (CHIP)

El módulo de *Comencemos* de Medicare provee una introducción a Medicare, Medicaid, y el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP).

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han desarrollado y aprobado este módulo de entrenamiento. CMS es la agencia Federal que administra Medicare, Medicaid, y el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP), y el Mercado de Seguros Médicos. La información de este módulo estaba correcta en mayo de 2013.

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

Para buscar actualizaciones de la nueva legislación de atención médica, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Para ver la Ley de Atención Médica Asequible, visite [www.healthcare.gov/law/full/index.html](http://www.healthcare.gov/law/full/index.html).

Este grupo de materiales del Programa Nacional de Entrenamiento de CMS no es un documento legal. Las estipulaciones oficiales del programa de Medicare están contenidas en los estatutos, normas, y fallos relevantes.

## Comencemos

- Este entrenamiento puede ayudarle a tomar decisiones importantes
  - Selección de planes de salud y medicamentos
  - Decisiones oportunas
    - Que le garanticen la cobertura
    - Le eviten el pago de multas
- También le brinda información básica sobre
  - Medicaid
  - El Seguro Médico para los Niños
  - Recursos Clave

05/01/2013

Comencemos

2

Este entrenamiento está diseñado para proveer información básica acerca de Medicare y otros programas. Le provee recursos para ayudarlo a tomar decisiones informadas.

Usted tiene opciones para obtener la cobertura médica y de los medicamentos recetados. Sus decisiones influirán en el tipo de cobertura que obtenga.

El momento en que tome las decisiones también es importante. Hay ciertas decisiones que deben tomarse en un momento determinado para que le garanticen la cobertura y para que no tenga que pagar multas por inscribirse tarde.

## ¿Qué es Medicare?

- Es un seguro médico para las personas
  - De 65 años o más
  - Las menores de 65 años con ciertas incapacidades
  - Las de cualquier edad que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD)

05/01/2013

Comencemos

3

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 a 52 millones de estadounidenses.

■ Medicare es un seguro médico para:

- Las personas de 65 años o mayores
- Las menores de 65 años con ciertas discapacidades que han estado recibiendo los beneficios por discapacidad del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario 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), insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón.

## ¿Quién administra Medicare?

- Está administrado por
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
- Pero la inscripción la hace
  - La Administración del Seguro Social (SSA) para la mayoría de las personas
  - La Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) para los jubilados ferroviarios

05/01/2013

Comencemos

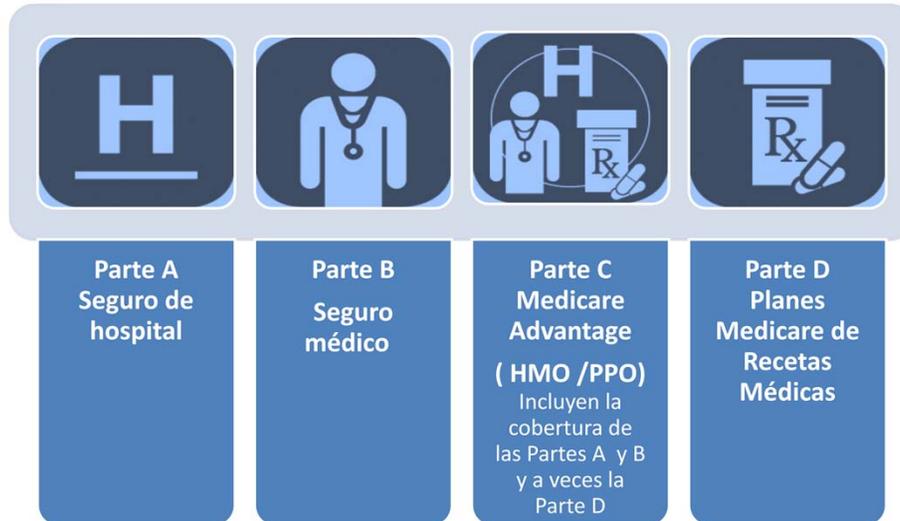
4

El programa Medicare está administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por su sigla en inglés).

Sin embargo la inscripción en Medicare se hace a través del Seguro Social.

Sin embargo, la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) se encargará de su inscripción si es un jubilado ferroviario

## Las Cuatro Partes de Medicare



05/01/2013

Entienda cómo trabaja Medicare

5

Medicare cubre muchos tipos de servicios, y usted tiene opciones para cómo obtener su cobertura de Medicare. Medicare tiene cuatro partes:

- **La Parte A (Seguro de Hospital)** ayuda a pagar estancias de hospital de paciente interno, cuidado de enfermería especializada, cuidado de salud en el hogar, y cuidado de hospicio.
- **La Parte B (Seguro Médico)** ayuda a pagar servicios médicamente necesarios como visitas al médico y cuidado de paciente ambulatorio. La Parte B también cubre muchos servicios preventivos (incluyendo pruebas de evaluación y vacunas), pruebas diagnósticas, algunas terapias, y Equipo Médico Duradero, como las sillas de ruedas y los andadores.
- **La Parte C (Medicare Advantage)** es otra manera de obtener beneficios de Medicare. Combina las Partes A y B, y a veces la Parte D (cobertura de medicamentos de receta). Los Planes de Medicare Advantage (MA) están administrados por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare. Estos planes deben cubrir servicios médicamente necesarios. Sin embargo, los planes pueden cobrar distintos copagos, coseguro, o deducibles por estos servicios que Medicare Original.
- **La Parte D (Cobertura de Medicare de las Recetas Médicas)** ayuda a pagar los medicamentos de receta de paciente ambulatorio y puede que ayude a reducir sus costos de medicamentos de receta y a protegerlo de costos más altos en el futuro.

## La inscripción en Medicare

- Automática para las personas que reciben
  - Beneficios del Seguro Social
  - Beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario
- Paquete del Periodo de Inscripción Inicial
  - Se envía 3 meses antes de
    - La edad de 65 años
    - El vigésimo quinto mes de beneficios de incapacidad
  - Incluye su tarjeta de Medicare



05/01/2013

Comencemos

6

Si está recibiendo ya beneficios del Seguro Social (por ejemplo, jubilación temprana) se le inscribirá automáticamente en Medicare Parte A y Parte B sin solicitud adicional. Recibirá su Paquete de Inscripción Inicial, que incluye su tarjeta de Medicare y otra información, unos 3 meses antes de cumplir los 65 años (la cobertura empieza el primer día del mes en que cumple los 65 años), o 3 meses antes del vigésimoquinto mes de beneficios de incapacidad (la cobertura empieza el mes número 25 de sus beneficios de incapacidad).

Si no recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, tiene que inscribirse en Medicare. Hablaremos de los periodos en los que puede hacerlo más adelante.

**NOTA:** *Bienvenido a Medicare*, Producto de CMS No. 11095 aparece en esta diapositiva. Es parte del Paquete de Inscripción Inicial.

## Tarjeta de Medicare

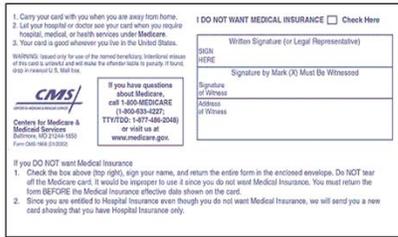
- Quédese con ella para aceptar Medicare Parte A y Parte B
- Devuélvala para rehusar la Parte B
  - Siga las instrucciones de la parte de atrás de la tarjeta

**Anverso**



05/01/2013

**Reverso**



Comencemos

Cuando tiene el Medicare Original, usa la tarjeta de roja, blanca y azul de Medicare cuando recibe servicios de atención médica. La tarjeta de Medicare indica el tipo de cobertura de Medicare (Parte A y/o Parte B) que usted tiene y la fecha en que comenzó la cobertura. Es posible que su tarjeta parezca ligeramente distinta de esta, pero es válida.

La tarjeta de Medicare indica también su número de reclamo de Medicare. Para la mayoría de las personas, el número de reclamo tiene 9 números y 1 letra. Puede que haya también un número u otra letra después de la primera letra. Los 9 números indican la ficha de la Seguridad Social en la que se basa su Medicare. La letra o letras y números indican su relación con la persona que tiene esa ficha. Por ejemplo, si recibe Medicare basado en su propia ficha del Seguro Social, puede que tenga la letra “A,” “T,” o “M” según si recibe beneficios de Medicare y del Seguro Social o solo de Medicare. Si recibe Medicare basado en la ficha de su cónyuge, puede que la letra sea una B o una D. En el caso de los jubilados ferroviarios, hay números y letras delante del número del Seguro Social. Estas letras y números no tienen nada que ver con tener Medicare Parte A o Parte B. Debe ponerse en contacto con el Seguro Social (o la Junta de Retiro Ferroviario si recibe beneficios de jubilación ferroviaria) si hay información incorrecta en la tarjeta.

Si no quiere Parte B, siga las instrucciones y devuelva la tarjeta. Hablaremos más de por qué puede que quiera retrasar el aceptar la Parte B hasta más adelante.

Si escoge otro tipo de plan médico de Medicare, puede que su plan le entregue una tarjeta que deberá usar cuando reciba servicios y suministros de atención médica.

## Cómo puede inscribirse en Medicare

- La inscripción es automática
  - Si recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- Si la inscripción no es automática
  - Por ejemplo, porque todavía trabaja
  - Tiene que inscribirse en la oficina del Seguro Social
    - Visite su oficina local, o
    - Llame al 1-800-772-1213, o
    - Por Internet en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)
  - Si se ha jubilado del ferrocarril, inscríbese en RRB
    - Llame a su oficina local de RRB o al 1-877-772-5772

05/01/2013

Comencemos

8

Si no está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) (por ejemplo, porque todavía trabaja), tendrá que apuntarse a Parte A (aún si es elegible para recibirla sin pagar prima). Debe ponerse en contacto con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir los 65 años. Si ha trabajado para el ferrocarril, póngase en contacto con la RRB para apuntarse.

La Seguridad Social aconseja que las personas soliciten beneficios de Medicare 3 meses antes de la edad de 65 años. No tiene que estar jubilado para recibir Medicare. La edad completa de jubilación para los beneficios del Seguro Social es 66 años ahora (para las personas que nacieron entre 1943 y 1954) y aumentará gradualmente a los 67 años para las personas nacidas en 1960 o después. Sin embargo, aún puede recibir beneficios completos de Medicare a la edad de 65 años.

## Cuándo puede inscribirse en Medicare

- No tiene que estar jubilado
- Su Periodo de Inscripción Inicial (IEP) dura 7 meses
  - Empieza 3 meses antes de cumplir los 65 años
  - Incluye el mes en que cumple los 65 años
  - Acaba 3 meses después de que cumple los 65 años
- Hay otros periodos en los que se puede inscribir
  - Pero puede que tenga que pagar una sanción si se retrasa

05/01/2013

Comencemos

9

Si no se le inscribe automáticamente, puede optar por inscribirse en la Parte B durante el Periodo de Inscripción Inicial (IEP).

Puede hacerlo en cualquier momento durante su IEP de 7 meses, que empieza 3 meses antes del mes en que sea elegible para Medicare. Puede elegir si quiere inscribirse en Parte B o no. Si se inscribe en Parte B, paga una prima mensual.

Si se apunta durante los primeros 3 meses de su IEP, recibe su cobertura de Parte B a partir del mes en que cumple los 65 años. Si espera a apuntarse hasta los cuatro meses últimos de su IEP, es posible que se le retrase la fecha en que comience su Parte B.

Hay otros periodos en los que puede inscribirse, pero es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía.

**NOTA:** Si su cumpleaños es el primero del mes, su cobertura empieza el primer día del mes anterior si pone su solicitud en los primeros 2 meses de su IEP.

## Compruebe sus conocimientos 1

1. ¿Qué agencias tienen la responsabilidad de inscripción en Medicare? Seleccione todo lo que aplique.
  - a. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS)
  - b. Administración del Seguro Social (SSA)
  - c. Administración de Veteranos (VA)
  - d. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
2. Medicare tiene cuatro partes. Relacione la parte con la descripción apropiada.

a. Parte A	<b>d.</b> Medicamentos recetados
b. Parte B	<b>a.</b> Seguro de Hospital
c. Parte C	<b>b.</b> Seguro Médico
d. Parte D	<b>c.</b> Planes de Medicare Advantage



04/02/12

Entienda cómo trabaja Medicare

10

1. ¿Qué agencias tienen la responsabilidad de inscripción en Medicare? Seleccione todo lo que aplique.
  - a. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
  - b. Administración del Seguro Social (SSA)
  - c. Administración de Veteranos (VA)
  - d. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

RESPUESTA: b y d. SSA y la RRB (para los jubilados ferroviarios) inscriben a las personas en Medicare.

2. Medicare tiene cuatro partes. Conecte la parte con la descripción apropiada.

a. Parte A	_____ Medicamentos de Receta de Medicare
b. Parte B	_____ Seguro de Hospital
c. Parte C	_____ Seguro Médico
d. Parte D	_____ Planes de Medicare Advantage

RESPUESTA: d, a, b, c.

## Decisiones de Medicare

- Medicare Original o Medicare Advantage?
- ¿Debo quedarme o inscribirme en la Parte A?
- ¿Debo inscribirme en la Parte B? ¿Cuándo?
- ¿Y la Parte D?
- ¿Necesito una póliza Medigap?
- ¿Puedo obtener ayuda para pagar los costos de Medicare?



05/01/2013

Comencemos

11

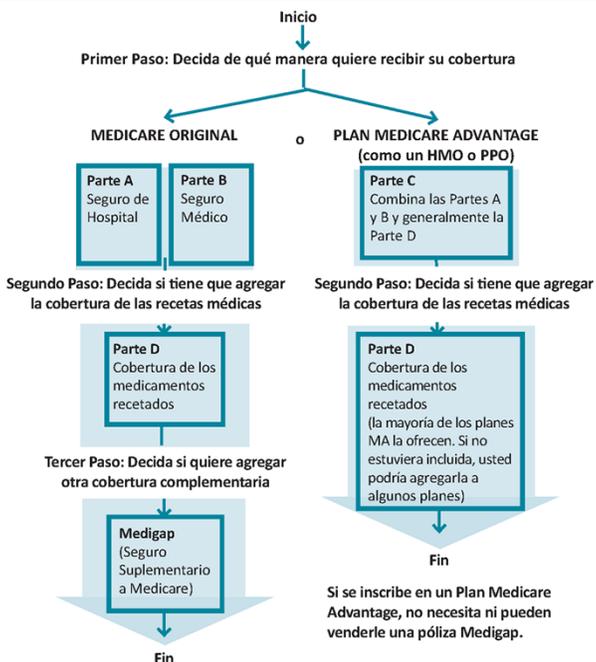
Hay decisiones que debe tomar acerca de su cobertura de Medicare, incluyendo:

- ¿Debo escoger el Medicare Original o un plan Medicare Advantage?
- ¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte A?
- ¿Debo inscribirme en la Parte B? ¿Cuándo?
- ¿Y en la Parte D?
- ¿Necesito una póliza Medigap?
- ¿Puedo obtener ayuda para pagar los costos de Medicare?

## Decida cómo desea obtener su cobertura de Medicare

Fuente: Página 14 del Manual Medicare y Usted

05/01/2013



Comencemos

12

Escoger el modo en que desea recibir su cobertura de Medicare es importante. Hay dos maneras principales: El Medicare Original y los Planes Medicare Advantage (como los HMO y los PPO). Muchas de las decisiones que tiene que tomar dependerán de la manera en que elija recibir su atención médica de Medicare.

El Medicare Original es un plan de pago por servicio administrado por el gobierno federal. Le proporciona los beneficios de Medicare Parte A y/o Parte B. Estará inscrito en el Medicare Original a menos que elija inscribirse en otro plan médico de Medicare. Aproximadamente un 75% de las personas tienen el Medicare Original. Con este plan puede ir a cualquier médico, abastecedor, hospital, o instalación que acepte Medicare y esté aceptando pacientes de Medicare. Se utiliza la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare cuando se recibe atención médica.

Los Planes de Medicare Advantage (MA) son opciones aprobadas por Medicare. Los Planes MA son ofrecidos en muchas zonas del país por compañías privadas que firman un contrato con Medicare. Medicare paga una cantidad de dinero determinada a los planes cada mes para la atención de sus miembros. Si elige un Plan de Medicare Advantage, tiene también Medicare y sigue recibiendo todos los servicios normales cubiertos por Medicare que se ofrecen bajo la Parte A y la Parte B. Puede que reciba también beneficios adicionales que se ofrecen a través del plan, incluyendo cobertura de medicamentos de receta de Medicare. Sin embargo, puede que tenga que utilizar médicos y hospitales que pertenezcan al plan. Es posible también que los beneficios y costos compartidos sean distintos de los del Medicare Original y que varíen de un plan a otro. Si elige un Plan de Medicare Advantage, puede que su plan le entregue una tarjeta que debe usar cuando reciba servicios y suministros.

# Medicare Original

- Parte A – El seguro de hospital ayuda a cubrir los servicios de:



- Internación en el hospital
- Centro de enfermería especializada
- Cuidado de la salud en el hogar
- Cuidado de hospicio

- Parte B – El seguro médico ayuda a cubrir:



- Consulta médica
- Servicios ambulatorios del hospital
- Análisis de laboratorio
- Equipo Médico Duradero
- Servicios preventivos

05/01/2013

Comencemos

13

La Parte A de Medicare (Seguro de hospital) le ayuda a pagar los servicios necesarios de paciente interno por motivos médicos:

• **Internación en el hospital**- Habitación semiprivada, comidas, enfermería general y otros servicios y suministros del hospital así como el cuidado en instalaciones de rehabilitación de paciente interno y la atención de salud mental de paciente interno en un hospital psiquiátrico (límite de 190 durante toda su vida).

• **Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés)** (no incluye el cuidado de compañía ni el cuidado a largo plazo) bajo ciertas condiciones.

• **Cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)**- Un médico o ciertos proveedores de la salud que trabajan con el médico, deben verlo antes de certificar que usted necesita este tipo de servicios de salud en el hogar. Usted debe estar confinado en su hogar, lo cual significa que salir de su hogar supone un gran esfuerzo.

• **Cuidado de hospicio**- El médico debe certificar que probablemente le queden 6 meses o menos de vida. La cobertura incluye los medicamentos para calmar el dolor y controlar los síntomas; los servicios médicos, de enfermería y sociales, así como servicios que Medicare generalmente no cubre, como la consejería de dolor emocional.

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

• La Parte B de Medicare cubre una serie de servicios y suministros necesarios por motivos médicos.

• **Servicios del médico**- Servicios que son médicamente necesarios.

• **Servicios médicos y quirúrgicos y suministros para paciente ambulatorio** – Para procedimientos aprobados como radiografías o suturas.

• **Equipo médico duradero (DME)** Como sillas de ruedas o andadores

• **Servicios preventivos** -Como los exámenes, análisis, evaluaciones y vacunas para prevenir, detectar o controlar un problema médico.

## Lo que paga por la Parte A (Seguro de Hospital)

- ¿Cuánto cuesta la Parte A?
  - La mayoría de los beneficiarios obtiene la Parte A sin el pago de una prima
    - Si pagó los impuestos de FICA por al menos 10 años
  - Si pagó los impuestos de FICA menos 10 años
    - Puede pagar una prima por la Parte A
    - Le pueden cobrar una multa
      - Si no la compró cuando tuvo derecho por primera vez

05/01/2013

Comencemos

14

Generalmente, no tiene que pagar la prima de la Parte A de Medicare si usted o su cónyuge pagó los impuestos de Medicare mientras trabajaba. Esto se llama a veces Parte A sin primas.

Si no es elegible para Parte A sin primas, puede que pueda adquirir Parte A si:

- Tiene 65 años o más y tiene (o se va a inscribir en) Parte B y reúne los requisitos de ciudadanía y residencia.
- Tiene menos de 65 años, está incapacitado, y su cobertura de Parte A si primas acabó porque volvió a trabajar. Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, puede seguir recibiendo Parte A sin primas hasta un máximo de 8 ½ años después de volver a trabajar.

En la mayoría de los casos, si elige comprar Parte B, tiene que tener también Parte B y pagar primas mensuales para las dos. La cantidad de la prima depende del tiempo que usted o su cónyuge trabajaron en empleo cubierto por Medicare.

En el 2013, la prima mensual que paga una persona que ha trabajado menos de 30 trimestres de empleo cubierto por Medicare es \$441 al mes. La prima de una persona que ha trabajado 30-39 trimestres es 45% de esa cantidad, o \$243 al mes. SSA determina si tiene que pagar una prima mensual por la Parte A.

Si no es elegible para Parte A sin primas y no la compra tan pronto como es elegible, es posible que su prima mensual suba un 10%. Tendrá que pagar la prima más alta el doble del número de años que podría haber tenido Parte A, pero no se apuntó.

Si tiene ingresos y recursos limitados, es posible que su estado le ayude a pagar la Parte A y/o la Parte B. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

## Lo que paga por la internación hospitalaria

Por cada periodo de beneficios en 2013	Usted paga
Días 1-60	\$1,184 de deducible
Días 61-90	\$296 al día
Días 91-150	\$592 al día (60 días de reserva vitalicios)
Todos los días después de 150	Todos los Costos

05/01/2013

Comencemos

15

Un periodo de beneficios es la manera en que el Medicare Original mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios empieza el día en que se le admite al hospital o instalación de enfermería especializada. Termina cuando no ha recibido cuidado de hospital de paciente interno (o cuidado especializado en una SNF) durante 60 días seguidos. Si entra en un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que ha acabado un periodo de beneficios, empieza un nuevo periodo de beneficios. Tiene que pagar el deducible de paciente interno de hospital para cada periodo de beneficios. No hay límite para el número de periodos de beneficios.

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

- 1,184 de deducible por una estadía de 1-60 días
- \$296 por día de 61-90 días
- \$592 por día de 91-150 días (Días de reserva de por vida). El Medicare Original pagará hasta 60 días adicionales—conocidos como “días de reserva vitalicios”—cuando usted está internado más de 90 días durante un período de beneficio. Una vez que se hayan usado estos 60 días de reserva ya no se le otorgarán más días adicionales por el resto de su vida.
- Todos los costos diarios después de 150 días

## Lo que paga en un Centro de Enfermería Especializada

Por cada periodo de beneficios en 2013	Usted paga
Días 1-20	\$0
Días 21-100	\$148 al día
Todos los días después de 100	Todos los Costos

05/01/2013

Comencemos

16

Medicare cubre habitaciones semiprivadas, comidas, servicios de enfermería especializada y rehabilitación, y otros servicios y suministros médicamente necesarios después de haber estado internado en un hospital al menos 3 días debido a una enfermedad o lesión relacionada. Una estancia de hospital de paciente interno empieza el día en que se le admite formalmente con una orden de un médico, y no incluye el día en que se le da de alta. Para ser elegible para recibir cuidado en un centro de enfermería especializado, su médico tiene que certificar que necesita inyecciones intravenosas especializadas o terapia física diariamente. Puede ser elegible para recibir cuidado de enfermería especializada de nuevo cada vez que tenga un nuevo periodo de beneficios.

El cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) está cubierto en su totalidad durante los 20 primeros días si usted cumple los requisitos de Medicare para una estancia cubierta. En 2013, en el Medicare Original, usted paga \$148 al día por los días 21 – 100 cada periodo de beneficios. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100 en un periodo de beneficios.

## Prima Mensual de Parte B

Si en el 2011 sus ingresos anuales fueron		En 2013 Usted Paga
Declaración de impuestos Individual	Declaración de impuestos 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

\*al mes

**Nota:** Las primas por lo general se deducen su cheque del Seguro Social

05/01/2013

Comencemos

17

Usted paga la prima de Parte B cada mes. La mayoría de las personas pagan la cantidad de prima estándar, que es \$104.90 en 2013. Sin embargo, si sus ingresos ajustados modificados, según se reportan en su declaración de impuestos para el IRS de hace 2 años (la información de declaración de impuestos más reciente suministrada al Seguro Social por el IRS) están por encima de una cierta cantidad, pagará más. A continuación aparecen las primas de Parte B de 2013 basadas en los ingresos brutos ajustados modificados para una persona. Los límites de ingresos de las declaraciones conjuntas son el doble de las declaraciones individuales.

- Por debajo de \$85,000, la prima de la Parte B es \$104.90 al mes
- \$85,000 - \$107,000, la prima de la Parte B es \$146.90 al mes
- \$107,000 - \$160,000, la prima de la Parte B es \$209.80 al mes
- \$160,000 - \$214,000 la prima de la Parte B es \$272.70 al mes
- Mayor de \$214,000, la prima de la Parte B es \$335.70 al mes

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

**NOTA:** Recuerde que esta prima puede ser más alta si no elige la Parte B tan pronto como resulta elegible. El costo de la Parte B puede subir un 10% por cada periodo de 12 meses que podría haber tenido Parte B pero no se inscribió. Se haría una excepción si usted o su cónyuge (o miembro de la familia si usted está incapacitado) está aún trabajando y usted está cubierto por un plan médico grupal a través de ese empleo. En ese caso, usted es elegible para inscribirse en Parte B durante un Periodo de Inscripción Especial. No pagará sanción.

## Lo que paga por la Parte B

- En Medicare Original, usted paga
  - Deducible anual de \$147 en 2013
  - 20% de coseguro para la mayoría de los servicios
- Hay programas que podrían ayudarle a pagar estos costos
  - Si tiene ingresos y recursos limitados

05/01/2013

Comencemos

18

Si usted está inscrito en el Medicare Original tiene que pagar el deducible de la Parte B, que es la cantidad que debe pagar el beneficiario cada año antes de que Medicare comience a pagar su parte de los servicios. Este monto puede cambiar cada año en enero. El deducible de la Parte B para el 2013 es \$147 al año. Lo que significa que usted primero debe pagar \$147 por las facturas médicas aprobadas por Medicare antes de que la Parte B comience a pagar por el cuidado de su salud.

Después de pagar su deducible, debe pagar los copagos y coseguro correspondientes a los servicios de la Parte B. La cantidad dependerá del servicios pero en la mayoría de los casos es el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el servicio, si el médico u otro proveedor de atención médica acepta asignación. No hay límite anual para lo que paga usted de bolsillo.

Si usted no puede pagar, hay programas que pueden ayudarle. Más adelante hablaremos sobre estos programas.

**NOTA:** Usted no paga nada por la mayoría de los servicios preventivos si recibe los servicios de un médico u otro proveedor de atención médica calificado que acepta asignación. Sin embargo, para algunos servicios preventivos, puede que tenga que pagar un deducible, coseguro, o los dos.

## Decisión: ¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte A?

- Tenga en cuenta que: **En la mayoría de los casos**
  - Si está recibiendo los beneficios del Seguro Social o de RRB, la obtendrá automáticamente
  - Es gratis para la mayoría de las personas
  - Puede pagarla si no aportó lo suficiente mientras trabajaba
    - Si se inscribe tarde le pueden cobrar una multa
  - Si usted o su cónyuge está trabajando y tiene un seguro grupal de su empleador
    - Llame al Seguro Social para inscribirse
- Puede que no si tiene una Cuenta de Ahorros Médicos

05/01/2013

Comencemos

19

En la mayoría de los casos, le conviene inscribirse en la Parte A si es elegible para recibirla sin primas. Por lo general, no paga una prima mensual por la Parte A si usted o su cónyuge han pagado impuestos de Medicare mientras trabajaban.

Si no es elegible para Parte A sin prima, es posible que pueda comprar Parte A si:

- Tiene 65 años de edad o más y tiene (o va a inscribirse en) Parte B y reúne los requisitos de ciudadanía y residencia.
- Tiene menos de 65 años, está incapacitado, y su cobertura de Parte A sin prima acabó porque volvió a trabajar.

Si no es elegible para Parte A sin primas y no la compra tan pronto como es elegible, es posible que su prima mensual suba un 10%. Tendrá que pagar la prima más alta el doble del número de años que podría haber tenido Parte A, pero no se apuntó. El sobrecargo de prima del 10% aplicará solamente después de que hayan pasado 12 meses después del último día del IEP a la última fecha del periodo de inscripción que utilizó usted para inscribirse. En otras palabras, si es menos de 12 meses, la multa no se aplicará. No le cobrarán la multa si es elegible para un Periodo de Inscripción Especial. Es elegible para un Periodo de Inscripción Especial si usted o su cónyuge (o miembro de la familia si está usted incapacitado) está trabajando y cubierto por un plan médico grupal a través del empleador o sindicato basada en ese trabajo, o durante el periodo de 8 meses que empieza el mes después de que acabe el empleo o la cobertura del plan médico grupal, lo que ocurra primero. Puede que quiera retrasar su inscripción en la Parte A si sigue trabajando y quiere seguir contribuyendo a su Cuenta de Ahorros Médicos (HSA). Una vez se inscriba en Medicare, ya no podrá contribuir a su HSA. Vea la Publicación del IRS 969 para mayor información.

## Decisión: ¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte B?

### ▪ Tenga en cuenta que:

### Depende

- Si está recibiendo los beneficios del Seguro Social o de RRB, la obtendrá automáticamente
- La mayoría de las personas pagan una prima mensual
  - Generalmente se deduce del beneficio de SS/RRB
  - El monto a pagar depende de sus ingresos
  - Puede complementar la cobertura de su empleador

05/01/2013

Comencemos

20

Si está recibiendo ya beneficios del Seguro Social (por ejemplo, jubilación temprana), se le inscribirá automáticamente en Medicare Parte A y Parte B sin solicitud adicional. Recibirá su Paquete de Periodo de Inscripción Inicial, que incluye su tarjeta de Medicare y otra información, unos 3 meses antes de cumplir los 65 años (la cobertura empieza el primer día del mes en que cumple los 65 años), o 3 meses antes de su vigésimo quinto mes de beneficios de incapacidad (la cobertura empieza su vigésimo quinto mes de beneficios de incapacidad).

La prima de la Parte B se deduce del cheque del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la jubilación que recibe como empleado federal. La cantidad depende de sus ingresos.

Las personas que no reciben un pago de jubilación o cuyo pago no es suficiente para cubrir la prima reciben una factura de Medicare por sus primas de Parte B. La factura puede pagarse con tarjeta de crédito, cheque, o giro postal.

Tener cobertura de empleador o unión mientras usted o su cónyuge, o miembro de la familia si está usted incapacitado, está trabajando puede afectar sus derechos de inscripción de Parte B. Esto incluye el empleo Federal o estatal, pero no el servicio militar. Debe ponerse en contacto con el administrador de beneficios de su empleador o unión para averiguar cómo funciona su seguro con Medicare y si le sería ventajoso retrasar su inscripción en Parte B.

## ¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte B?

- A veces usted debe tener la Parte B si:
  - Quiere comprar una póliza Medigap
  - Quiere inscribirse en un plan Medicare Advantage
  - Tiene derecho a TRICARE
  - Si el seguro de su empleador lo requiere
    - Hable con el administrador de beneficios de su empleador
- Si recibe los beneficios para veteranos es optativo
  - Pero, si no se inscribió durante el IEP y lo hace más tarde, tendrá que pagar una multa.

05/01/2013

Comencemos

21

A veces usted debe tener la Parte B si:

- Quiere comprar una póliza Medigap
- Quiere inscribirse en un plan Medicare Advantage
- Tiene derecho a TRICARE\*
- Si el seguro de su empleador lo requiere (hable con el administrador de beneficios de su empleador)

Si recibe los beneficios para veteranos es optativo, pero si no se inscribió durante el IEP y lo hace más tarde, tendrá que pagar una multa.

\*Tiene que tener Parte A y Parte B para mantener su cobertura de TRICARE (cobertura para militares en servicio activo o jubilados y sus familias). Sin embargo, si es militar en servicio activo, o el cónyuge o hijo dependiente de un militar en servicio activo, no tiene que inscribirse en Parte B para mantener su cobertura de TRICARE. Cuando se jubila el militar de servicio activo, tiene que inscribirse en Parte B para mantener su cobertura de TRICARE. Puede obtener Parte B durante un Periodo de Inscripción Especial si tiene Medicare porque tiene 65 años de edad o más, o si está incapacitado.

## Decisión: ¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte B?

- Si no tiene un seguro médico de su empleo activo/actual
  - Suyo o de su cónyuge
  - Retrasar la inscripción en la Parte B podría hacer que:
    - Sus primas sean más caras
    - Tenga que pagar los servicios médicos de su bolsillo
- Si tiene un seguro médico de su empleo activo/actual
  - Quizá le convenga retrasar la inscripción en la Parte B
  - No pagará una multa si se inscribe mientras tiene cobertura grupal o a los 8 meses de haberla perdido

Probablemente

Tal vez no

05/01/2013

Comencemos

22

Si no acepta la Parte B tan pronto como sea elegible, es posible que tenga que esperar a apuntarse durante el Periodo de Inscripción General (GEP) anual, que va del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura entrará en vigencia el 1 de julio de ese año.

Si no acepta la Parte B tan pronto como resulte elegible, tendrá que pagar una multa por inscripción tardía del 10% por cada periodo completo de 12 meses en el que podría haber tenido Parte B pero no se apuntó, excepto en situaciones especiales. En la mayoría de los casos, tendrá que pagar esta multa todo el tiempo que tenga Parte B.

Tener cobertura a través de un empleador (incluyendo empleo federal o estatal, pero no el servicio militar) o sindicato mientras usted o su cónyuge (o miembro de la familia si está usted incapacitado) está trabajando puede afectar sus derechos de inscripción de Parte B. Si está cubierto a través de empleo activo (suyo o de su cónyuge), tiene un Periodo de Inscripción Especial. Esto quiere decir que puede inscribirse en la Parte B cuando sea que usted o su cónyuge (o miembro de la familia, si está usted incapacitado) está trabajando, y cubierto por un plan médico grupal a través del empleador o la unión basado en ese trabajo, o durante el periodo de 8 meses que comienza el mes después de que termine el empleo o la cobertura del plan médico grupal, lo que ocurra primero. Generalmente, no se paga la multa por inscripción tardía si se apunta durante un Periodo de Inscripción Especial. Este Periodo de Inscripción Especial no aplica a las personas que tienen Enfermedad Renal Terminal (ESRD).

Debe ponerse en contacto con su empleador o administrador de beneficios de la unión para averiguar cómo opera su seguro con Medicare y si le sería ventajoso retrasar la inscripción de Parte B.

## Compruebe sus conocimientos 2

3. ¿Qué es lo que **no** cubre la Parte B?
  - a. Equipo médico duradero
  - b. Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada
  - c. Visitas al médico
  - d. Servicios preventivos
4. Todos los que reciben Parte B pagan la misma prima mensual.
  - a. Verdadero
  - b. Falso



04/02/12

Entienda cómo funciona Medicare

23

1. ¿Qué es lo que **no** cubre la Parte B?

- a. Equipo médico duradero
- b. Cuidado de Centro de Enfermería Especializada
- c. Visitas al médico
- d. Servicios preventivos

RESPUESTA: b. Cuidado de Centro de Enfermería Especializada está cubierto bajo la Parte A.

2. Todos los que reciben Parte B pagan la misma prima mensual.

- a. Cierto
- b. Falso

RESPUESTA: b. Falso. La mayoría de las personas pagan la cantidad de prima estándar; sin embargo, si sus ingresos brutos ajustados modificados según se reportaron en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años están por encima de una cierta cantidad, es posible que pague más.

## ¿Qué es una Póliza de Medigap?

- Son pólizas de seguro médico que suplementan a Medicare
  - Vendidas por compañías privadas
- Para pagar por lo que el Medicare Original no cubre
  - Deducibles, coseguro, copagos
- Son planes estandarizados en todos los estados menos en tres
  - Minnesota, Massachusetts, Wisconsin
- Todos los planes con la misma letra
  - Ofrecen la misma cobertura
  - Solamente varían los precios

05/01/2013

Comencemos

24

Las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) son vendidas por compañías de seguro privadas para ayudar a pagar la cobertura que no paga Medicare Original (como los deducibles, el coseguro, y los copagos). So pólizas de seguro médico privadas que cubren solamente al titular de la póliza, no al cónyuge. Si usted tiene Medicare Original y una póliza de Medigap, puede ir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Las pólizas de Medigap cubren ciertas cosas que Medicare no cubre, según el plan de Medigap. Tienen que seguir las leyes Federales y estatales que protegen a las personas que tienen Medicare.

En todos los estados excepto en Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, las pólizas Medigap deben ser uno de los planes estandarizados A, B, C, D, F, G, K, L, M o N para que se las pueda comparar fácilmente. Cada plan tiene un conjunto de beneficios que son los mismos para cualquier empresa de seguro. Es importante que compare las pólizas Medigap porque los precios pueden variar. Cada compañía decide cuáles son las pólizas Medigap que venderá y el precio de cada una, con la aprobación del estado.

La póliza Medigap solamente trabaja con el Medicare Original y no con los planes Medicare Advantage (MA) u otros planes de Medicare. Es ilegal que traten de venderle una póliza Medigap si usted:

- Está inscrito en un Plan Medicare Advantage (a menos que su membresía esté acabando).
- Tiene Medicaid (a menos que Medicaid pague por su póliza Medigap o pague solamente la prima de la Parte B).
- Ya tiene una póliza Medigap (a menos que cancele su póliza anterior).

Los beneficios de Medigap	Los Planes Medigap									
	A	B	C	D	F*	G	K**	L**	M	N
Coseguro de la Parte A y costos de hospital (hasta un máximo de 365 días adicionales)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Coseguro de la Parte B	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Sangre (las primeras 3 pintas)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Coseguro del cuidado de hospicio	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Coseguro de centro de enfermería especializada			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Deducible de la Parte A		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
Deducible de la Parte B			100%		100%					
Recargo de la Parte B					100%	100%				
Emergencia en el extranjero (hasta el límite del plan)			100%	100%	100%	100%			100%	100%
							Límite de costos de bolsillo en 2013			
*El plan F tiene una opción de deducible alto							\$4,800	\$2,400		
05/01/2013							Comencemos		25	

Todas las pólizas de Medigap cubren un conjunto básico de beneficios, incluyendo:

- Coseguro de Medicare Parte A y costos de hospital hasta 365 días adicionales después de que se acaban los beneficios de Medicare
- Coseguro o copago de Medicare Parte B
- Sangre (primeras 3 pintas)
- Coseguro o copago de Cuidado de Hospicio de Parte A

Además, cada Plan de Medigap cubre distintos beneficios:

- El coseguro de centro de enfermería especializada está cubierto por los planes Medigap C, D, F, G, K (50%), L (75%), M, y N (100%).
- El deducible de la Parte A está cubierto por los planes Medigap B, C, D, F, G, K, M (50%), L (75%) y N (100%)
- El deducible de la Parte B está cubierto por los planes Medigap C y F
- El recargo de la Parte B está 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 ofrece también un plan de deducible alto.

Los Planes K y L tienen límites de gastos de bolsillo de \$4,800 y \$2,400 respectivamente en 2013.

## Decisión: Necesito una póliza de Medigap?

### ■ Analicemos:

Tal vez

- Solamente trabaja con el Medicare Original
- ¿Tiene otra cobertura que suplementa a Medicare?
  - Entonces tal vez no necesite una póliza Medigap
- ¿Puede pagar lo deducibles y copagos de Medicare?
- ¿Cuánto le costará la prima mensual de la póliza Medigap?

05/01/2013

Comencemos

26

Para comprar una póliza Medigap usted debe tener el Medicare Original. Medigap no trabaja con los planes Medicare Advantage.

Si usted tiene otra cobertura que complementa a Medicare, tal vez no necesite una póliza Medigap.

Debe tener en cuenta si podrá pagar los deducibles y copagos de Medicare y ver si tiene sentido basándose en los costos mensuales de la prima de Medigap.

## ¿Cuál es el mejor momento para comprar una póliza de Medigap?

### Generalmente durante el Periodo de Inscripción Abierta

- Tenga en cuenta que
  - Su Período de Inscripción Abierta para Medigap comienza cuando usted tiene 65 años o más Y está inscrito en la Parte B
    - Dura 6 meses (puede variar en cada estado)
    - Usted tiene ciertas protecciones—las compañías DEBEN venderle un plan
  - Usted puede comprar una póliza Medigap en cualquier momento en que la compañía acepte vendérsela
    - Si lo hace más tarde, tal vez le pongan restricciones

05/01/2013

Comencemos

27

Generalmente, el mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el Período Abierto a Medigap. Este período empieza cuando usted tiene 65 años y está inscrito en la Parte B. También tiene que tener Medicare Parte A para tener una póliza Medigap. Tiene un Periodo de Inscripción Abierta de Medigap de 6 meses, el cual le otorga el derecho garantizado de compra de una póliza Medigap. En algunos estados el período puede ser más largo. Una vez que el período comienza, no puede retrasarse ni repetirse. Durante su Periodo de Inscripción Abierta de Medigap, las compañías no pueden hacer lo siguiente:

- Rehusarse a venderle ninguna de las pólizas de Medigap que ofrecen
- Hacerle esperar para recibir cobertura
- Cobrar más debido a un problema de salud pasado/presente

Quizá sea una buena idea que solicite una póliza de Medigap antes de que empiece su Periodo de Inscripción Abierta de Medigap si su cobertura de seguro médico actual acaba el mes en que sea usted elegible para Medicare o cumple los 65 años para tener cobertura continua sin interrupción.

Usted puede comprar una póliza Medigap en cualquier momento en que la compañía acepte vendérsela. Sin embargo, podrían tener ciertas restricciones, como evaluación de riesgos médicos o un periodo de espera por condiciones pre-existentes.

## ¿Qué tengo que hacer para encontrar la póliza de Medigap que me convenga más?

- Compare planes por computadora o por teléfono
  - Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
    - Utilice la herramienta de comparación de Medigap
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
    - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
  - Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

05/01/2013

Comencemos

28

Los beneficios de cualquier plan de Medigap identificado con la misma letra son los mismos sin importar la compañía de seguros de la que compre la póliza. Por ejemplo, todas las pólizas de Medigap Plan A ofrecen los mismos beneficios. Distintas compañías de seguros pueden cobrar distintas primas por la misma póliza. Cuando busque su póliza, asegúrese de comparar la misma póliza (por ejemplo, compare el Plan A de una compañía con el Plan A de otra compañía).

Puede encontrar una póliza de Medigap en su área por computadora o por teléfono:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y use la herramienta de comparación
- Llame al 1 800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Ellos le brindarán asesoría gratuita y le ayudarán a comparar las pólizas Medigap.

Para comprar una póliza de Medigap, siga estos cuatro pasos.

1. Decida qué Plan de Medigap, A – N tiene los beneficios que necesita.
2. Averigüe qué compañías de seguros venden pólizas de Medigap en su estado llamando a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el Departamento de Seguros Estatal de su estado, o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
3. Llame a las compañías de seguros y busque la mejor póliza a un precio asequible para usted.
4. Compre la póliza de Medigap. Una vez haya escogido la compañía de seguros y la póliza de Medigap, solicite la póliza. La compañía de seguros tiene que darle un resumen claramente redactado de su póliza de Medigap cuando ponga su solicitud.

### Compruebe sus conocimientos 3

1. Si Juli está inscrita en un Plan de Medicare Advantage, ¿se beneficiaría si comprar una póliza de Medigap?
  - a. Sí
  - b. No
  
2. ¿Cuál(es) de los siguientes beneficios está(n) cubierto(s) por todas las pólizas de Medigap? Seleccione todos los que apliquen.
  - a. Coseguro o copago de Hospicio de Parte A
  - b. Coseguro o copago de Medicare Parte B
  - c. Deducible de Medicare Parte A
  - d. Coseguro de cuidado de Centro de Enfermería Especializada

04/02/12

Comencemos

29

1. Si Julie está inscrita en un Plan de Medicare Advantage, ¿se beneficiaría de comprar una póliza de Medigap?
  - a. Sí
  - b. No

RESPUESTA: b. No. Medigap no opera con MA.

2. ¿Cuál(es) de los siguientes beneficios está(n) cubierto(s) por todas las pólizas de Medigap? Seleccione todos los que apliquen.
  - a. Coseguro o copago de Hospicio de Parte A
  - b. Coseguro o copago de Medicare Parte B
  - c. Deducible de Medicare Parte A
  - d. Coseguro de cuidado de Centro de Enfermería Especializada

RESPUESTA: a y b. Todas las pólizas de Medigap cubren coseguro o copago de cuidado de hospicio de Medicare Parte A y coseguro y copago de Medicare Parte B. El coseguro de cuidado de SNF y el deducible de Medicare Parte A están cubiertos bajo algunas pólizas de Medigap, pero no todas.

## Parte C – Medicare Advantage



- Opciones de planes médicos aprobados por Medicare
  - Otra manera de obtener la cobertura de Medicare
  - Siguen siendo parte del programa Medicare
  - Administrados por compañías privadas
- Medicare paga una cantidad por la atención médica de cada beneficiario
- Tal vez tenga que utilizar a los médicos y hospitales de la red del plan
- Es posible que los tipos de planes disponibles varíen

05/01/2013

Comencemos

30

Los planes Medicare Advantage son opciones de planes médicos aprobados por Medicare y administrados por compañías privadas. A Medicare Advantage también se le conoce como la Parte C.

Son parte del programa Medicare; son simplemente otra manera de recibir la cobertura de Medicare.

Medicare paga una cantidad por la atención médica de cada beneficiario.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage tal vez tenga que usar los médicos y hospital de la red del plan.

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

- Planes de Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) de Medicare
- Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO) de Medicare
- Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS) de Medicare
- Planes de Necesidades Especiales (SNP) de Medicare
- Planes de HMO con opción de Punto de Servicio (HMOPOS)
- Planes de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare

## Cómo funciona Medicare Advantage

- Usted sigue teniendo todos los derechos y protecciones
- Sigue recibiendo los servicios de la Parte A y la Parte B
- El plan puede incluir la cobertura de las recetas médicas
- Puede incluir beneficios adicionales
  - Como servicios dentales y de la vista
- Los beneficios y costos compartidos podrían ser diferentes

05/01/2013

Comencemos

31

Si usted se inscribe en un plan Medicare Advantage

- Sigue estando en el programa Medicare y teniendo todos los derechos y protecciones
- Sigue obteniendo los servicios cubiertos por las Partes A y B
- Tal vez el plan incluya la cobertura de sus recetas médicas
- Podría obtener beneficios adicionales como dentales y de la vista
- Podría pagar montos distintos y obtener beneficios diferentes

## ¿Cuándo puedo inscribirme en un plan MA?

- Durante el período inicial de inscripción de 7 meses
- Durante el período abierto de inscripción anual
  - Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año
  - La cobertura empieza el 1 de enero
- Tal vez pueda inscribirse en otros momentos especiales
- Para inscribirse comuníquese con el plan
  - Llame por teléfono
  - Visite su sitio web
  - Visite el Buscador de Planes de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

05/01/2013

Comencemos

32

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

Usted puede cambiarse a otro Plan Medicare Advantage o al Medicare Original durante el Período Anual de Inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año.

Si está inscrito en un plan MA puede cambiarse al Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero. Si durante este tiempo regresa al Medicare Original, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente al mes en que se hizo el cambio. Para cambiar de un plan MA y regresar al Medicare Original durante este período, debe solicitárselo a MA directamente. Puede llamar al 1-800-MEDICARE o inscribirse en un plan PDP individual. Si hace este cambio también puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para agregar dicha cobertura. Para averiguar cuáles son los planes MA disponibles en su zona, visite [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan) para usar el Buscador de planes Medicare, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

## Decisión: ¿Debo inscribirme en un Plan de Medicare Advantage?

### Depende

- Tenga en cuenta
  - Para inscribirse debe tener las Partes A y B
  - La mayoría ofrecen una cobertura amplia
    - Que incluye la cobertura de la Parte D
  - Puede que se le requiera que utilice una red
  - Tal vez necesite una orden para consultar a un especialista
  - Debe pagar la prima de la Parte B y la prima mensual del plan
  - Solo puede inscribirse o cancelar su plan en ciertos períodos
  - No trabajan con las pólizas Medigap

05/01/2013

Comencemos

33

Al decidir si desea inscribirse en un Plan Medicare Advantage, tenga en cuenta:

- Para inscribirse debe tener las Partes A y B
- La mayoría ofrecen una cobertura amplia
  - Que incluye la cobertura de la Parte D
- Puede que se le requiera que utilice una red
- Tal vez necesite una orden para consultar a un especialista
- Debe pagar la prima de la Parte B y la prima mensual del plan
- Solo puede inscribirse o cancelar su plan en ciertos períodos
- No trabajan con las pólizas Medigap

Los Planes de Medicare Advantage están disponibles para la mayoría de las personas que tienen Medicare. Para ser elegible para inscribirse en un Plan de Medicare Advantage, tiene que vivir en el área de servicios geográfica del plan o en el área de continuidad, tener Medicare Parte A y Parte B, y no tener Enfermedad Renal de Etapa Final (End-Stage Renal Disease - ESRD). Generalmente, las personas que tienen ESRD no pueden inscribirse en un Plan de Medicare Advantage ni en ningún otro plan médico de Medicare. Sin embargo, hay excepciones.

## Compruebe sus conocimientos 4

7. ¿Cuándo puede inscribirse en un Plan de Medicare Advantage?
  - a. Durante el Periodo de Inscripción Inicial de 7 meses
  - b. Durante el Periodo de Inscripción Abierta
  - c. Durante Periodos de Inscripción Especial
  - d. Todo lo indicado
  - e. Nada de lo indicado
  
8. Si se inscribe en un Plan de Medicare Advantage se le deje de considerar parte del programa de Medicare.
  - a. Cierto
  - b. Falso

04/02/12

Entienda cómo funciona Medicare

34

1. A los planes de Medicare Advantage (MA) también se les llama
  - a. Parte A
  - b. Parte B
  - c. Parte C
  - d. Parte D

*RESPUESTA: c. A MA se le llama también Parte C.*

2. Si se inscribe en un Plan de Medicare Advantage se le deje de considerar parte del programa de Medicare.
  - a. Cierto
  - b. Falso

*RESPUESTA: b. Falso. Si se inscribe en un Plan MA, sigue estando en Medicare con todos los derechos y protecciones.*

## Parte D – La cobertura de Medicare de las recetas médicas

- Disponible para todas las personas con Medicare 
- Ofrecida a través de
  - Los planes Medicare de medicamentos recetados
  - Los planes Medicare Advantage
  - Otros planes de Medicare

05/01/2013

Comencemos

35

La Parte D es la cobertura de Medicare de las recetas médicas. Esta cobertura se brinda a través de los planes Medicare de medicamentos recetados, de los planes Medicare Advantage o de otros planes de salud de Medicare.

## Cómo Funciona la Parte D de Medicare

- Es opcional
  - Usted escoge un plan y se inscribe
- Los planes tienen formularios
  - Lista de medicamentos cubiertos
  - Debe incluir una gama de medicamentos para cada categoría
- Usted paga una prima mensual
- También los deducibles y copagos
- Hay “Ayuda Adicional” para pagar los costos de la Parte D
  - Si tiene ingresos y recursos limitados

05/01/2013

Comencemos

36

Medicare contrata compañías de seguros privadas que ofrecen planes de medicamentos de receta para las personas con Medicare. Todos los que tienen Medicare pueden inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. En la mayoría de los casos, tiene que inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare para recibir cobertura de medicamentos de receta.

Cada plan tiene un formulario, o lista de medicamentos cubiertos. El formulario de cada plan, debe incluir una gama de medicamentos para cada categoría recetada. Esto garantiza que las personas que padezcan distintas afecciones obtengan el tratamiento que necesitan. Todos los planes de medicamentos de Medicare deben cubrir al menos dos medicamentos de cada categoría, pero los planes pueden escoger cuáles son esos medicamentos.

Los precios varían en cada plan. La mayoría de las personas tiene que pagar una prima mensual por la cobertura de medicamentos de receta de Medicare, así como una parte del costo de las recetas, incluyendo el deducible (si lo hubiera), los copagos y/o el coseguro. Todos los planes Medicare de medicamentos recetados deben ofrecer como mínimo el nivel estándar de cobertura estipulado por Medicare. Sin embargo, algunos planes pueden ofrecer más cobertura o más medicamentos, generalmente por una prima más cara.

Las personas que tienen ingresos y recursos limitados podrían obtener Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de las recetas médicas.

## ¿Quién puede inscribirse en la Parte D?

- Usted debe tener las Partes A y B
- Debe vivir en el área de servicio del plan
- No puede vivir fuera de los Estados Unidos
- Debe inscribirse activamente
  - En la mayoría de los casos no se lo inscribirá automáticamente
  - Usted debe presentar una solicitud

05/01/2013

Comencemos

37

Cualquiera que tenga Medicare Parte A y/o Parte B es elegible para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Debe vivir en el área de servicio del plan

No puede vivir fuera de los Estados Unidos o estar encarcelado

En la mayoría de los casos debe inscribirse usted mismo llenando una solicitud. A ciertas personas con ingresos y recursos limitados se las inscribirá automáticamente.

## ¿Cuándo puedo inscribirme en la Parte D?

- Durante los 7 meses del período inicial de inscripción,
- Durante el período abierto de inscripción anual
  - Del 15 de octubre al 7 de diciembre
  - La cobertura se iniciará el 1 de enero
- Es posible que pueda inscribirse en otros periodos
  - Período Especial de Inscripción

05/01/2013

Comencemos

38

Las personas pueden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando son elegibles por primera vez para Medicare, por ejemplo durante el Período Inicial de Elección que comienza 3 meses antes del mes en que es elegible para las Partes A y B de Medicare.

El Periodo de Inscripción Abierta anual es entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Cualquier persona elegible puede inscribirse, cambiar, o salir de un plan de medicamentos de Medicare durante este periodo. El cambio entra en vigor el 1 de enero siempre que el plan reciba su solicitud para el 7 de diciembre.

En general, tiene que permanecer inscrito durante todo el año de calendario. Sin embargo, en ciertas situaciones, es posible que sea elegible para un Periodo de Inscripción Especial, que puede permitirle inscribirse, cambiar, o salir de planes de medicamentos de Medicare (tales como lo siguiente):

- Si se traslada permanentemente del área de servicio de su plan
- Si pierde su otra cobertura de medicamentos de receta acreditable
- Si no se le informó adecuadamente de que su otra cobertura no era acreditable, o de que la cobertura se redujo de manera que dejó de ser acreditable
- Cuando entra, vive en, o se va de una instalación de cuidado a largo plazo, como un hogar de ancianos
- Si es elegible para Ayuda Extra (tiene un Periodo de Inscripción Especial continuo y puede cambiar su plan de medicamentos de Medicare en cualquier momento)
- O en circunstancias excepcionales, como si ya no es elegible para Ayuda Extra

## Elección de un plan de la Parte D

- Compare los planes por teléfono o usando la computadora
  - Utilice el buscador de planes de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
  - Llame al SHIP para que le ayuden a comparar los planes
- Para inscribirse en un plan de la Parte D
  - Inscríbese en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
  - Llame al 1-800-MEDICARE
  - Inscríbese en el sitio Web del plan
  - Llame al plan
  - Llene una solicitud impresa

05/01/2013

Comencemos

39

Hay ayuda disponible para encontrar el plan de medicamentos de Medicare que más le conviene. Puede utilizar el Buscador de Planes de Medicare en [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan), llamar al 1-800-MEDICARE, o llamar al SHIP.

Después de elegir un plan que responda a sus necesidades, llame a la compañía que lo ofrece y pregunte lo que tiene que hacer para inscribirse. Puede que pueda inscribirse por Internet, por teléfono, o con una solicitud de papel. Tendrá que dar el número de su tarjeta de Medicare cuando se inscriba.

Puede inscribirse en el plan directamente. Todos los planes tienen que ofrecer solicitudes de inscripción de papel. Además, puede que los planes dejen que se inscriba a través de su sitio web o por teléfono. La mayoría de los planes también participan y ofrecen inscripción a través del sitio web de Medicare, [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). También puede llamar a Medicare para inscribirse al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los planes deben procesar las solicitudes de manera oportuna, y después de poner la solicitud, el plan debe notificarlo de si ha aceptado o denegado su solicitud.

## Decisión: ¿Debo inscribirme en un plan de Parte D?

- Considere lo siguiente Depende
  - ¿Tiene cobertura de medicamentos válida?
    - Cobertura tan buena como la de Medicare
      - Por ejemplo, a través del plan de un empleador
      - No le cobrarán multa si se inscribe tarde
  - ¿Acabará esa cobertura cuando se jubile?
  - ¿Cuánto cuestan sus medicamentos actuales?
  - ¿Cuánto cuestan las primas de los planes de Parte D?
- Sin cobertura acreditable
  - Inscribirse más tarde puede resultar en el pago de una sanción

05/01/2013

Comencemos

40

Las personas que tienen otra fuente de cobertura de medicamentos, a través de un ex-empleador, por ejemplo, pueden elegir quedarse en ese plan y no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si su otra cobertura es al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de receta de Medicare, llamada cobertura “válida,” no tendrá que pagar una prima más alta si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Su otro plan le notificará de si su cobertura es válida. Este aviso explicará sus opciones. Puede ponerse en contacto con el administrador de beneficios de su plan para mayor información. Ejemplos de cobertura válida incluyen los planes médicos grupales (GHP), los Programas de Ayuda Farmacéutica Estatales (SPAP), la cobertura de la Administración de Veteranos (VA) y la cobertura militar, incluyendo TRICARE.

Aún si no le dan muchas recetas ahora, debería considerar inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si decide no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare tan pronto como resulta elegible, y no tiene otra cobertura de medicamentos válida, o no recibe Ayuda Extra, es posible que si se inscriben más adelante le cobren una multa.

La multa por inscripción tardía dependerá del periodo de tiempo en que no tuvo cobertura válida. Actualmente, la multa se calcula multiplicando el 1% de la prima de beneficiario base nacional (\$31.17 en 2013) por el número de meses completos sin cobertura en los que fue usted elegible pero no se inscribió en un plan de medicamentos de Medicare y no tuvo otra cobertura válida. La cantidad final se redondea y se añade a su prima mensual. Como la prima de beneficiario base nacional puede aumentar cada año, la cantidad de la sanción puede también aumentar cada año. Es posible que tenga que pagar esta sanción durante todo el tiempo que tenga un plan de medicamentos de Medicare.

## Compruebe sus conocimientos 5

1. Se le inscribirá automáticamente en Medicare Parte D cuando cumpla los 65 años.
  - a. Cierto
  - b. Falso
  
2. ¿Dónde puede encontrar un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare en su área? Seleccione todo lo que aplique.
  - a. Llame al Seguro Social
  - b. Llame a su SHIP local
  - c. Utilice el Buscador de Planes de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
  - d. Llame al 1-800-MEDICARE

04/02/12

Understanding Medicare

41

1. Se le inscribirá automáticamente en Medicare Parte D cuando cumpla los 65 años.
  - a. Cierto
  - b. Falso

*RESPUESTA: b. Falso. Medicare Parte D es electivo. En la mayoría de los casos, tiene que inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare para recibir Cobertura de Medicamentos de Receta de Medicare.*

2. ¿Dónde puede encontrar un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare en su área? Seleccione todo lo que aplique.
  - a. Llame a la Administración de la Seguridad Social
  - b. Llame a su SHIP local
  - c. Utilice el Buscador de Planes de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
  - d. Llame al 1-800-MEDICARE

*RESPUESTA: b, c y d. Hay ayuda disponible para encontrar el plan de medicamentos de Medicare que más le conviene. Puede utilizar el Buscador de Planes de Medicare en [www.medicare.gov/find-a-plan](http://www.medicare.gov/find-a-plan), llamar al 1-800-MEDICARE, o llamar a su SHIP.*

## **Ayuda para las personas que tienen ingresos y recursos limitados**

- Medicaid
- Los Programas de Ahorros de Medicare
- La “Ayuda Adicional”
- El Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP)

05/01/2013

Comencemos

42

Hay varios programas disponibles para ayudar a pagar los gastos de atención médica y/o medicamentos de receta de las personas con ingresos y recursos limitados. Entre ellos se incluyen Medicaid, el Seguro Médico para los Niños (CHIP), la Ayuda Adicional y los Programas Medicare de Ahorros.

## ¿Qué es Medicaid?

- Un programa federal y estatal de seguro médico
  - Para las personas con ingresos y recursos limitados
  - Cubre la mayoría de los gastos médicos
    - Si usted tiene Medicare y Medicaid
- El criterio de elegibilidad lo determina cada estado
- El proceso de solicitud y los beneficios varían
- Los nombres también varían
  - ▶ Solicite Medicaid si piensa que PODRÍA obtenerlo

05/01/2013

Comencemos

43

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. Ofrece cobertura para las embarazadas y los niños; ancianos, ciegos, discapacitados 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 denominan a menudo “doblemente elegibles.” Las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid reciben la cobertura de sus recetas médicas de Medicare en vez de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid pueden obtener 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 poner su solicitud si cree que PODRÍA ser elegible. Para mayor información, o para poner su solicitud, puede:

- Llamar al 1 800-MEDICARE
- Llamar a su SHIP
- Llamar o visitar a su agencia estatal de Ayuda Médica

## ¿Qué son los Programas de Ahorros de Medicare?

- Ayuda de Medicaid para pagar los costos de Medicare
  - Paga las primas
  - Puede pagar los deducibles y el coseguro
- Por lo general tienen límites de recursos e ingresos más altos que para Medicaid
- Los límites de ingresos cambian cada año
- Algunos estados ofrecen sus propios programas

05/01/2013

Comencemos

44

Los Programas de Ahorros de Medicare brindan ayuda de Medicaid para pagar los gastos de Medicare, como las primas de Medicare, deducibles y/o coseguro. Por lo general, los Programas de Ahorros de Medicare tienen límites de ingresos y recursos más altos que el Medicaid completo. El límite de los ingresos y recursos puede cambiar cada año.

En la mayoría de los casos, para ser elegible para un Programa de Ahorros de Medicare en 2013, tiene que tener:

- Parte A
- Ingresos mensuales de menos de \$1,313 y recursos de menos de \$7,080—una sola persona
- Ingresos mensuales de menos de \$1,765 y recursos de menos de \$10,620— casados y viviendo juntos

Muchos estados calculan sus ingresos y recursos de manera distinta, así que es posible que sea elegible en su estado aún si sus ingresos o recursos son más altos que las cantidades enumeradas. Si tiene ingresos de trabajo, es posible que sea elegible para beneficios aún si sus ingresos son más altos que los límites indicados.

Consulte el Anexo A para mayor información acerca de las normas de ingresos para los Programas de Ahorros de Medicare.

**NOTA:** Los recursos incluyen dinero en una cuenta de cheques o ahorros, acciones, bonos, fondos mutuos, y Cuentas de Jubilación Individual (IRA). Los recursos no incluyen su casa, su automóvil, su lugar de sepultura, los gastos del lugar de sepultura, los gastos de enterramiento hasta el límite de su estado, los muebles, u otros artículos del hogar. Algunos estados no tienen límites en cuanto a recursos.

## ¿Quién puede ser elegible para MSP?

Programa de Ahorros de Medicare	Límite de ingresos mensuales para un individuo *	Límite de ingresos mensuales para un matrimonio *	Le ayuda a pagar
Beneficiario de Medicare Calificado (Qualified Medicare Beneficiary - QMB)	\$978	\$1,313	Las primas de las Partes A y B y otros costos compartidos (como los deducibles, coseguro y copagos)
Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary - SLMB)	\$1,169	\$1,571	Las primas de la Parte B solamente
Beneficiario Calificado (Qualifying Individual - QI)	\$1,313	\$1,765	Las primas de la Parte B solamente
Discapitados Calificados Empleados (Qualified Disabled & Working Individuals - QDWI)	\$3,915	\$5,255	Las primas de la Parte A solamente

05/01/2013

Comencemos

45

Si es elegible para el programa de Beneficiario de Medicare Calificado (QMB), recibe ayuda para pagar sus primas de Parte A y Parte B, los deducibles, el coseguro, y los copagos. Para ser elegible para QMB, debe ser elegible para Medicare Parte A y tener ingresos que no excedan el 100% del Nivel de Pobreza (FPL). Esto entra en vigor el primer mes que sigue al mes en que se apruebe la elegibilidad para QMB. La elegibilidad no puede ser retroactiva. Para ser elegible para el programa de Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos (SLMB), debe ser elegible para Medicare Parte A y tener ingresos que sean al menos un 100%, pero no en exceso de un 120% del nivel Federal de Pobreza (FPL). Si es elegible para SLMB, recibe ayuda para pagar su prima de Parte B.

Para ser elegible para el programa de Beneficiario Calificado (QI), que está completamente subvencionado por el gobierno Federal, usted debe tener derecho a la Parte A y un ingreso que no exceda el 135% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Si reúne los requisitos para el programa QI y aún quedan fondos disponibles en su estado, podrá obtener ayuda para pagar la prima de la Parte B. El Congreso solamente adjudicó un monto limitado de fondos a cada estado.

Para ser elegible para el programa de Individuos Discapitados Empleados (QDWI), tiene que tener derecho a la Parte A por haber perdido los beneficios de la Parte A por discapacidad, debido a que sus ingresos exceden el límite de la Actividad Sustancial Lucrativa (SGA); debe tener un ingreso que no exceda el 200% del FPL y recursos que no excedan el doble del máximo permitido para SSI (\$4,000 para un individuo soltero y \$6,000 para una pareja casada para el 2013); además no debe ser elegible para Medicaid. Si lo aceptan en el programa obtendrá ayuda para pagar la prima de la Parte A. Los estados pueden cobrarle primas de Medicare Parte A si su ingreso está en el 150% y el 200% del FPL.

En el 2013, el límite de recursos para los programas QMB, SLMB y QI es \$ 7,080 para un individuo soltero y \$ 10,620 para una persona casada que vive con su cónyuge y no tienen otros dependientes. Estos límites se ajustan el 1 de enero de cada año basándose en Índice Anual de Precios al Consumidor (CPI), a partir del mes de septiembre del año anterior.

## ¿Qué es la “Ayuda Adicional”?

- Ayuda para pagar los costos de medicamentos de receta de Parte D
- La Seguridad Social o el estado hace la determinación
- Automáticamente elegible si recibe
  - Tanto Medicare como Medicaid completo
  - Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) solamente
  - Ayuda de Programas de Ahorros de Medicare
- Puede solicitarla usted u otra persona de su parte

05/01/2013

Comencemos

46

Es posible que las personas que tienen Medicare e ingresos y recursos limitados puedan recibir Ayuda Extra con los costos de la cobertura de medicamentos de receta de Medicare. Puede que sea elegible para Ayuda Extra, que también se llama subsidio por bajos ingresos (LIS) si sus ingresos y recursos anuales están por debajo de estos límites en 2013:

- Persona soltera – Ingresos de menos de \$17,235 y recursos de menos de \$13,330
- Persona casado que vive con un cónyuge y no tiene dependientes - Ingresos de menos de \$23,265 y recursos de menos de \$26,580

Estas cantidades pueden cambiar cada año. Puede que sea usted elegible aún si tiene ingresos más altos (por ejemplo, si aún trabaja, vive en Alaska o en Hawái, o tiene dependientes que viven con usted).

Si es elegible para la “Ayuda Adicional” y se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, recibirá ayuda para pagar su prima mensual del plan, su deducible anual, el coseguro, y los copagos. Además, no tendrá faltas de cobertura ni sanciones por inscribirse tarde.

Ciertos grupos de personas son automáticamente elegibles para la Ayuda Extra/Adicional y no tienen que solicitarla, incluyendo:

- Las personas con Medicare y beneficios completos de Medicaid (incluyendo la cobertura de medicamentos de receta)
- Las personas con Medicare que reciben solamente el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
- Las personas que reciben ayuda de Medicaid para pagar sus primas de Medicare (Programas de Ahorros de Medicare)

Todas las otras personas con Medicare pueden solicitar Ayuda Adicional. Puede solicitarla rellenando una solicitud de papel, poniendo su solicitud en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o poniéndose en contacto con la oficina de Ayuda Médica de su estado.

## ¿Qué es el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP)?

- Subvencionado conjuntamente por los Gobiernos Federal y estatal
  - Administrado por cada estado
- Cubre a los niños no asegurados hasta la edad de 19 años y puede cubrir a las mujeres embarazadas
  - Ingresos de la familia demasiado altos para Medicaid
- Tiene que ser ciudadano de los EE.UU.
  - O ciertas personas que no son ciudadanas que residen legalmente en los EE.UU.

05/01/2013

Comencemos

47

El Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP) se creó como parte de la Ley de Equilibrio Presupuestario de 1997 con fuerte apoyo de los dos partidos políticos para cubrir a los niños de América que no tenían seguro. CHIP proporciona cobertura médica de bajo costo para los niños de familias que ganan demasiado para ser elegibles para Medicaid, pero no lo suficiente para comprar seguro médico privado. Cada estado tiene su propio programa, con sus propias reglas de elegibilidad. CHIPRA le da a los Estados la opción de proporcionar cobertura a ciertas mujeres embarazadas de bajos ingresos bajo el plan Estatal de CHIP si se satisfacen ciertas condiciones. Los bebés que les nacen a estas mujeres son automáticamente elegibles para Medicaid o CHIP hasta que cumplen los dos años. Los estados pueden elegir aplicar elegibilidad supuesta a estas mujeres embarazadas bajo CHIP.

El estado tiene la opción de cubrir a los niños y/o a las mujeres embarazadas con residencia legal (quitando el periodo de espera de 5 años).

CHIP está subvencionado conjuntamente por los gobiernos Federal y estatal y está administrado por los estados. Dentro de amplios lineamientos Federales, cada estado determina el diseño de su programa, los grupos de elegibilidad, los paquetes de beneficios, los niveles de pago para la cobertura, y los procedimientos administrativos y operativos. Cada estado tiene la opción de ampliar Medicaid, crear un programa autónomo, o crear una combinación de programas.

Tiene que ser ciudadano de los EE.UU. o cierto tipo de persona no ciudadana que reside legalmente en los EE.UU. para ser elegible.

Es probable que las familias que no tienen seguro médico actualmente sean elegibles, aún si el padre y/o la madre trabajan. Sin embargo, esto depende del tipo y alcance del seguro médico.

## Decisión: ¿Debo solicitar estos programas?

- ▶ Solicítelos si piensa que PODRÍA ser aceptado
- ▶ Su SHIP puede ayudarle

Sí

05/01/2013

Comencemos

48

Usted debe inscribirse en estos programas si tiene ingresos y recursos limitados. Aun si usted no está seguro de ser elegible, presente una solicitud.

Si necesita ayuda, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Puede obtener su número de teléfono en la parte de atrás de su manual de Medicare y Usted o de la sección de Contactos Útiles del sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

## Compruebe sus conocimientos 6



### 11. Conecte el programa con su descripción:

a. Ayuda Adicional	_____ Este programa proporciona cobertura de seguro médico de bajo costo para los niños de familias que ganan demasiado dinero para ser elegibles para Medicaid, pero no lo suficiente para comprar seguro médico privado.
b. Medicaid	_____ Este programa proporciona ayuda de Medicaid para pagar los costos de Medicare, incluyendo las primas de Medicare, los deducibles, y/o el coseguro; frecuentemente, tiene lineamientos de ingresos y recursos más altos que el Medicaid completo.
c. CHIP	_____ Este programa ayuda a las personas que tienen ingresos y recursos limitados con los costos de la cobertura de medicamentos de receta de Medicare. También se llama subvención de bajos ingresos.
d. Programa de Ahorros de Medicare	_____ Este programa ayuda a pagar los costos médicos de las personas que tienen ingresos y recursos limitados; está subvencionado conjuntamente por los gobiernos Federal y estatal y está administrado por cada estado.

04/02/12

Entienda cómo funciona Medicare

49

Conecte el programa con su descripción :

- a. Ayuda Adicional
- b. Medicaid
- c. CHIP
- d. Programa de Ahorros de Medicare

\_\_\_\_\_ Este programa proporciona cobertura de seguro médico de bajo costo para los niños de familias que ganan demasiado dinero para ser elegibles para Medicaid, pero no lo suficiente para comprar seguro médico privado .

\_\_\_\_\_ Este programa proporciona ayuda de Medicaid para pagar los costos de Medicare, incluyendo las primas de Medicare, los deducibles, y/o el coseguro; frecuentemente, tiene lineamientos de ingresos y recursos más altos que el Medicaid completo .

\_\_\_\_\_ Este programa ayuda a las personas que tienen ingresos y recursos limitados con los costos de la cobertura de medicamentos de receta de Medicare. También se llama subvención de bajos ingresos .

\_\_\_\_\_ Este programa ayuda a pagar los costos médicos de las personas que tienen ingresos y recursos limitados; está subvencionado conjuntamente por los gobiernos Federal y estatal y está administrado por cada estado .

## ¿Qué recursos hay disponibles?

- Sitio web de Medicare
  - [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)
- Sitio web del Seguro Social
  - [www.SocialSecurity.gov](http://www.SocialSecurity.gov)
- Sitio web del Mercado de Seguros Médicos
  - [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)

05/01/2013

Comencemos

50

Hay varios recursos disponibles para ayudarlo a obtener mayor información y contestar las preguntas que pueda tener, incluyendo:

- Sitio web de Medicare
  - [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)
- Sitio web del Seguro Social
  - [www.SocialSecurity.gov](http://www.SocialSecurity.gov)
- Sitio web del Mercado de Seguros Médicos
  - [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)



www.medicare.gov es el sitio de Internet oficial del gobierno de los EE.UU. para las personas que tienen Medicare. El sitio web está diseñado principalmente para los beneficiarios y los proveedores de cuidado. Utilizando el sitio web de Medicare, puede:

- Comparar los planes médicos y de medicamentos de Medicare
- Encontrar un médico, proveedor o abastecedor
- Comparar la calidad de los proveedores de atención médica
- Encargar publicaciones o leerlas por Internet
- Encontrar sitios web, números de teléfono y recursos útiles
- Apuntarse en MiMedicare.gov

En la página inicial, haga clic en el enlace Buscar Planes Médicos y de Medicamentos para ir a la página inicial del Buscador de Planes de Medicare. Utilizando esta herramienta, puede encontrar y comparar los planes médicos y de medicamentos de su área.

Si quiere ayuda personalizada para elegir un plan médico o de medicamentos de Medicare, póngase en contacto con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Puede encontrar su número de teléfono en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) bajo Formularios, Ayuda, y Recursos.

# SocialSecurity.gov

Social Security  
The Official Website of the U.S. Social Security Administration

Home Retirement Disability Survivors SSI Medicare Business Services

TOP SERVICES

- Get or replace a Social Security card
- Apply online for retirement benefits
- Apply online for disability benefits
- Apply online for Medicare
- Apply for SSI, survivors or family benefits
- NEW** Get your Social Security Statement online
- Estimate your retirement benefits
- Login or get a password
- Get Extra Help with Medicare prescription drug costs
- Learn what you can do online
- Check your application status
- Services for people currently receiving benefits
- Get a form
- Get a publication
- Appeal a disability decision online
- Help for the homeless, representative payees, governments, financial planners, human resource professionals & third parties
- Research popular baby names
- Locate a Social Security office

Get Your Social Security Statement Online

LEARN MORE

INFORMATION FOR

- Attorneys & Representatives
- Congress
- Press
- Wounded Warriors

USEFUL LINKS

- Name Changes
- Office Closings/Emergencies
- Report Fraud or ID Theft
- Work & Disability Benefits

ABOUT OUR AGENCY

- Budget & Performance
- Careers With Social Security
- History Of Social Security
- Reducing Improper Payments

NEWS

- Social Security Makes Great Strides in Hiring Our Nation's Heroes
- Jacobs and Sophia Take Top Honors on Social Security's Most Popular Baby Names List
- Statement of Michael J. Astrue, Commissioner of Social Security, on the Initial Success of the New Online Social Security Statement
- Social Security Statement Now Available Online at

FAQs  
Frequently Asked Questions

Receive updates by email

WEBINARS

open gov @SocialSecurity

52

Muchos de los enlaces que puede necesitar están situados en el lado izquierdo de la página, en la sección de Servicios Principales. Por ejemplo, hay enlaces para solicitar beneficios, obtener una tarjeta del Seguro Social, obtener formularios o publicaciones, y apuntarse a recibir su Informe del Seguro Social por Internet.

También puede acceder a herramientas de Internet útiles haciendo clic en la pestaña de Medicare que hay en la parte superior de la página inicial de SSA. Una vez esté en la página de Medicare, puede solicitar beneficios de Medicare, solicitar Ayuda Adicional, mirar el estado de su solicitud de Ayuda Extra, o reemplazar tarjetas de Medicare perdidas, robadas o dañadas.

- **Para solicitar Medicare** – Para completar una solicitud se tarda entre 10 y 30 minutos, según el número de preguntas que necesite contestar. Puede guardar su solicitud a medida que la completa, para que pueda tomar un descanso y volver en cualquier momento.
- **Para solicitar la Ayuda Adicional**– La solicitud no tiene que completarse de una sola vez. Después de poner su nombre y dirección, recibirá un Número de Reentrada para volver. Cuando haya completado la solicitud, obtendrá un resumen de la información que ha ingresado. Puede hacer los cambios necesarios antes de enviarla.
- **Para reemplazar una tarjeta de Medicare** – Si se le pierde, roba o daña su tarjeta de Medicare, puede pedir otra en este sitio web. Su tarjeta de Medicare llegará en unos 30 días. Se enviará por correo a la dirección que consta en el archivo del Seguro Social. Si necesita prueba de tener Medicare antes de 30 días, puede también solicitar una carta, que le llegará en unos 10 días. Si necesita prueba inmediatamente para su médico o para una receta, visite su oficina local del Seguro Social.



Si tiene amigos o parientes que no tienen o no pueden pagar seguro médico, vaya a [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) para mayor información acerca del nuevo Mercado de Seguros Médicos. A través de un solo proceso simplificado de solicitud, puede obtener información acerca de los programas para los que es elegible.

Puede utilizar este sitio web para:

- Obtener información acerca de las opciones de seguro disponibles
- Obtener ayuda para utilizar su seguro
- Obtener información acerca de la nueva ley de atención médica

## Compruebe sus conocimientos 7

¿Qué sitio web debe visitar si quiere llevar a cabo las siguientes tareas? Conecte el sitio web con la tarea.

a. <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>	_____ Solicitar Medicare
b. <a href="http://www.healthcare.gov">www.healthcare.gov</a>	_____ Comparar planes médicos y de medicamentos de Medicare
c. <a href="http://www.socialsecurity.gov">www.socialsecurity.gov</a>	_____ Obtener información acerca del Mercado de Seguros Médicos

04/02/12

Understanding Medicare

54

¿Qué sitio web debe visitar si quiere llevar a cabo las siguientes tareas? Conecte el sitio web con la tarea.

- a. [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- b. [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)
- c. [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)

\_\_\_\_\_ Solicitar Medicare

\_\_\_\_\_ Comparar planes médicos y de medicamentos de Medicare

\_\_\_\_\_ Obtener información acerca del Mercado de Seguros Médicos

RESPUESTA: Solicite Medicare en c, [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

Compare planes médicos y de medicamentos de Medicare en a, [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Obtenga información acerca del Mercado de Seguros Médicos en b, [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

## Si desea más información

- Manual Medicare y Usted
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
  - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-87-486-2048
- Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)
- Programa Nacional de Entrenamiento de CMS
  - <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html>

05/01/2013

Comencemos

55

### Más ayuda e información disponible:

- El manual Medicare y Usted se manda por correo a los hogares en el otoño. Incluye una lista de los planes médicos y medicamentos de Medicare disponibles en su área.
- La línea telefónica de Medicare atiende las 24 horas del día incluidos los fines de semana. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
- También puede ponerse en contacto con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Su número de teléfono está en la parte de atrás de su manual de Medicare y Usted, o puede obtenerlo bajo Formularios, Ayuda y Recursos en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Los socios pueden obtener información útil en el Programa Nacional de Entrenamiento de CMS en <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html>

## Puntos clave que recordar

- Medicare es un programa de seguro médico
- No cubre todos los costos del cuidado de su salud
- Hay varias maneras de obtener la cobertura dentro del programa
- Hay programas para las personas con ingresos y recursos limitados
- Importante
  - Tome las decisiones correctas
  - En el momento oportuno
  - Si necesita ayuda, pídala

05/01/2013

Comencemos

56

Hay ciertos puntos clave que debe recordar:

- Medicare es un programa de seguro médico.
- No cubre todos los costos del cuidado de su salud.
- Tiene elecciones respecto a la manera en que obtiene la cobertura.
- Hay programas para las personas con ingresos y recursos limitados.
- Es importante tomar las decisiones correctas en el momento oportuno.
- Hay ayuda disponible si la necesita.

## Más puntos clave

- Medicaid
  - Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados
  - Es distinto en cada estado
- El Seguro Médico para los Niños
  - Cubre a los niños que no están asegurados y a
  - Las mujeres embarazadas (en algunos estados)
- Hay recursos disponibles para ayudarlo a obtener mayor información y contestar preguntas

05/01/2013

Comencemos

57

Algunos puntos clave para tener en cuenta:

- Medicaid
  - Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados
  - Es distinto en cada estado
- El Seguro Médico para los Niños
  - Cubre a los niños que no están asegurados y a
  - Las mujeres embarazadas
- Hay recursos disponibles para ayudarlo a obtener mayor información y contestar preguntas



Este módulo fue ofrecido por

**El Programa Nacional de Entrenamiento de CMS**

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

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

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

## Acrónimos

ALS	Esclerosis Lateral Amiotrófica (conocida como enfermedad de Lou Gehrig)
CHIP	Seguro Médico para los Niños
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
CPI	Índice de Precios al Consumidor
DME	Equipo Médico Duradero
ESRD	Enfermedad Renal Terminal
FICA	<b><i>Ley de Contribuciones al Seguro Federal</i></b>
FPL	Nivel Federal de Pobreza
GHPs	Planes de Salud Grupales
HMO	Organización para el Mantenimiento de la Salud
HSA	Cuenta de Ahorros Médicos
IEP	Período Inicial de Inscripción
IRS	Servicio de Rentas Internas
LIS	Subsidio por Bajos Ingresos
MA	Medicare Advantage
MSP	Programas Medicare de Ahorros
PDP	Planes de Recetas Médicas
PPO	Organización de Proveedor Preferido
QI	Individuo Calificado
QMB	Beneficiario de Medicare Calificado
RRB	Junta de Retiro Ferroviario
SHIP	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico
SLMB	Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos
SNF	Centro de Enfermería Especializada
SSA	Administración del Seguro Social
SSI	Seguridad de Ingreso Suplementario
VA	Asuntos de Veteranos