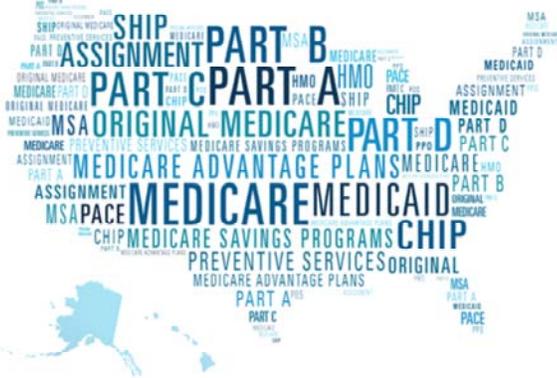




Programa Nacional de Capacitación 2015



Módulo 1
Introducción a
Medicare

"Introducción a Medicare" ofrece una introducción básica a Medicare, el Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal, Medicaid y recursos relacionados.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS en inglés), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP en inglés) y el Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal han elaborado y aprobado este módulo de capacitación.

La información en este módulo se modificó el 1 de febrero de 2016. Para confirmar si hay una versión actualizada, visite [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html](https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html).

El Programa de capacitación nacional de CMS ofrece esto como un recurso de información para nuestros socios. El presente no es un documento legal ni tiene fines de prensa. Los medios pueden comunicarse con la Oficina de prensa de CMS al correo electrónico press@cms.hhs.gov. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

Objetivos de la sesión

- Esta sesión debe ayudarlo a:
 - Resumir las características del programa Medicare
 - Comparar las partes de Medicare y las opciones de cobertura
 - Describir los servicios y suministros cubiertos por Medicare
 - Reconocer los derechos y apelaciones de Medicare
 - Explicar los programas para las personas con ingresos y recursos limitados

- Esta sesión debe ayudarlo a:
 - Resumir las características del programa Medicare
 - Comparar las partes de Medicare y las opciones de cobertura
 - Describir los servicios y suministros cubiertos por Medicare
 - Reconocer los derechos y apelaciones de Medicare
 - Explicar los programas para las personas con ingresos y recursos limitados

Lección 1: Características básicas del programa

- ¿Qué es Medicare?
- Cómo inscribirse en Medicare Original
- Beneficios y costos de la Parte A y la Parte B

La Lección 1: Características básicas del programa, explica lo siguiente:

- ¿Qué es Medicare?
- Cómo inscribirse en Medicare Original
- Beneficios y costos de la Parte A y la Parte B

¿Qué es Medicare?

- Un seguro médico para personas
 - de 65 años o mayores;
 - menores de 65 años con ciertas incapacidades
 - Esclerosis lateral amiotrófica.
 - De cualquier edad con enfermedad renal en etapa terminal.
- Administrado por
 - Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

NOTA: Para obtener Parte A o Parte B debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos.

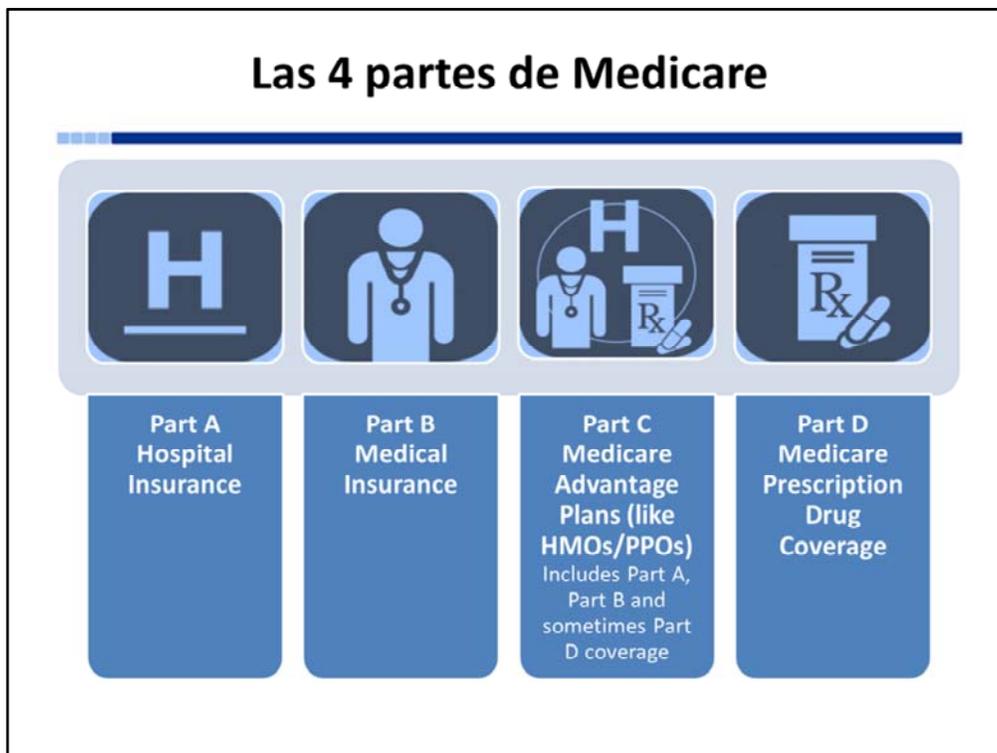
Actualmente Medicare ofrece cobertura de seguros de salud a 54 millones de ciudadanos de EE. UU. Eso equivale a aproximadamente 1 de cada 6 estadounidenses.

- Medicare es un seguro médico para, generalmente, 3 grupos de personas:
 - Mayores de 65 años;
 - personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y que tienen derecho a beneficios del Seguro social por incapacidad durante 24 meses (incluye Esclerosis lateral amiotrófica [ELA, también conocida como enfermedad de Lou Gherig], sin período de espera);
 - personas de cualquier edad que padezcan enfermedad renal en etapa terminal (ESRD en inglés), que es un fallo renal permanente que requiere diálisis frecuente o un trasplante de riñón;
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) administran el programa de Medicare.

NOTA: Para obtener Parte A o Parte B debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente* en los Estados Unidos. Si vive en Puerto Rico, debe inscribirse activamente en la Parte B.

*Residir legalmente significa que debe estar en los Estados Unidos de forma legal; esto incluye a todas las personas que no sean ciudadanos estadounidenses pero tengan permiso para vivir o trabajar en los Estados Unidos.

Las 4 partes de Medicare



Medicare cubre muchos tipos de servicios y cuenta con opciones sobre cómo recibir su cobertura de Medicare. Medicare tiene 4 partes:

- La **Parte A (Seguro de Hospital)** ayuda a pagar las estadías del paciente internado, el cuidado en un Centro de enfermería especializada, el cuidado de la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.
- La **Parte B (Seguro Médico)** ayuda a cubrir los servicios necesarios por razones médicas como las visitas médicas y el cuidado ambulatorio. Además, la Parte B cubre muchos servicios de prevención (incluidos exámenes de evaluación y vacunas), exámenes de diagnóstico, ciertas terapias y equipo médico duradero, como sillas de ruedas y andadores. En conjunto, la Parte A y la Parte B también se denominan "Medicare Original".
- La **Parte C (Medicare Advantage [MA en inglés])** es otra forma de obtener sus beneficios de Medicare. Aquí se combinan las partes A y B y, a veces, la D (cobertura de medicamentos recetados). Los planes de MA los gestionan compañías de seguro privadas que aprueba Medicare. Estos planes deben cubrir servicios necesarios por razones médicas. No obstante, los planes pueden cobrar copagos, coseguros o deducibles por estos servicios distintos de Medicare Original.
- La **Parte D (Cobertura Medicare para medicamentos recetados)** ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. La Parte D puede ayudarlo a reducir los gastos en medicamentos recetados y a protegerlo contra costos más altos en el futuro.

Inscripción automática: Parte A y Parte B

- Inscripción automática para quienes reciben
 - Beneficios del Seguro social
 - Beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario
- Paquete de Período de Inscripción Inicial
 - Enviado por correo 3 meses antes
 - de cumplidos los 65 años; o
 - al mes n.º 25 de los beneficios por incapacidad
 - Incluye su tarjeta Medicare



Si ya es beneficiario del Seguro social (por ejemplo, obtiene retiro temprano al menos 4 meses antes de cumplir los 65 años), automáticamente quedará inscrito en Medicare Parte A y Parte B sin necesidad de solicitud adicional. Recibirá un paquete de Período de Inscripción Inicial, que incluye su tarjeta Medicare y más información, alrededor de 3 meses antes de que cumpla los 65 años (la cobertura comienza el primer día del mes en que cumple los 65) o 3 meses antes del 25.º mes de beneficios por incapacidad (la cobertura comienza en el mes n.º 25 de beneficios por incapacidad).

Si aún no es beneficiario del Seguro social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), deberá inscribirse para obtener Medicare (vea la diapositiva 8).

NOTA: Si vive en Puerto Rico y es beneficiario del Seguro social o de la RRB, automáticamente obtendrá Parte A el primer día del mes en el que cumpla 65 años o después de recibir los beneficios por incapacidad durante 24 meses. No obstante, si desea tener la Parte B, deberá inscribirse. Si no se inscribe para la parte B cuando sea elegible, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía siempre que tenga Parte B. Contáctese con la oficina local de Seguro social o de la RRB para obtener más información.

En esta diapositiva se ve la imagen de "Bienvenido a Medicare", Producto n.º 11095 de CMS. Es parte del paquete del Período de Inscripción Inicial. Visite [Medicare.gov/Pubs/pdf/11095.pdf](https://www.Medicare.gov/Pubs/pdf/11095.pdf).

Tarjeta Medicare

- Consérvela y acepte Medicare Parte A y Parte B
- Devuélvala para rechazar la Parte B.
 - Siga las instrucciones en el dorso de la tarjeta.

Frente

MEDICARE HEALTH INSURANCE
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
NAME OF BENEFICIARY
JANE DOE
MEDICARE CLAIM NUMBER **000-00-0000-A** SEX **FEMALE**
IS ENTITLED TO EFFECTIVE DATE
HOSPITAL (PART A) 07-01-1986
MEDICAL (PART B) 07-01-1986
SIGN HERE *Jane Doe*

Dorso

1. Carry your card with you when you are away from home.
2. Let your hospital or doctor use your card when you require hospital medical or health services under Medicare.
3. Your card is good whenever you live in the United States.
WARNING: Beware any fee for use of the card services, Medicare issues or you need a special card and make the phone call to verify. There are no reasons to not live.
If you have questions about Medicare, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY/DD: 1-877-486-2048 or visit us at www.medicare.gov
Center for Medicare & Medicaid Services Baltimore, MD 21204-0001
If you DO NOT want Medical Insurance:
1. Check the box above (top right), sign your name, and return the entire form in the enclosed envelope. Do NOT tear off the Medicare card. It would be improper to use it since you do not want Medical Insurance. You must return the form BEFORE the Medical Insurance effective date shown on the card.
2. Since you are entitled to Hospital Insurance even though you do not want Medical Insurance, we will send you a new card showing that you have Hospital Insurance only.

I DO NOT WANT MEDICAL INSURANCE Check Here
Written Signature (or Legal Representative)
SIGN HERE
Signature by Mark (X) Must Be Witnessed
Signature of witness
Address
City/State/Zip

Si tiene Medicare Original usará su tarjeta Medicare roja, azul y blanca para obtener servicios de cuidado de la salud. La tarjeta Medicare le muestra el tipo de cobertura Medicare (Parte A y/o Parte B) que tiene y la fecha en que comenzó la cobertura. Es posible que su tarjeta difiera un poco de esta, pero igualmente es válida.

En la tarjeta Medicare también se ve su número de reclamación de Medicare. Para la mayoría de las personas, el número de reclamación tiene 9 números y 1 letra. También puede tener un número u otra letra después de la primera letra. Los 9 números muestran en qué expediente del Seguro Social se basa su Medicare. La letra o las letras y números indican cómo se relaciona usted con la persona con ese expediente. Por ejemplo, si obtiene Medicare por el expediente de Seguro Social, es posible que tenga la letra "A", "T" o "M", según si es beneficiario tanto de Medicare como del Seguro Social o únicamente de Medicare. Si obtiene Medicare por el expediente de su cónyuge, la letra puede ser "B" o "D". Para jubilados ferroviarios, las letras y los números están adelante del número del Seguro Social. Estos números y letras no tienen que ver con que tenga Medicare Parte A o Parte B. En caso de que haya información incorrecta en la tarjeta, deberá comunicarse con el Seguro Social (o con la Junta de Retiro Ferroviaria si recibe beneficios por retiro ferroviario).

Si recibe su tarjeta Medicare en el paquete del Período de Inscripción Inicial y no desea la Parte B, siga las instrucciones y devuelva la tarjeta. Describiremos las razones por las cuales usted podría preferir esperar para aceptar la Parte B más adelante si elige un plan de salud de Medicare, su plan probablemente le entregue una tarjeta para que la use cuando reciba servicios y suministros para el cuidado de la salud.

NOTA: El Seguro Social tiene un nuevo servicio en línea que le permite pedir un reemplazo de su tarjeta Medicare si necesita reemplazar la anterior. Para crear una cuenta y obtener más información sobre las cuentas de "Mi Seguro Social", visite [SSA.gov/myaccount](https://www.ssa.gov/myaccount).

Qué hacer cuando la inscripción no es automática

- Si no se inscribe automáticamente
 - Deberá inscribirse con el Seguro Social
 - Visite socialsecurity.gov; o
 - llame al 1-800-772-1213; o
 - visite su oficina local.
 - Si es jubilado ferroviario, inscríbese con la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).
 - Llame a la oficina local de la RRB o al 1-877-772-5772
- Inicie la solicitud 3 meses antes cumplir 65 años.
 - No tiene que estar jubilado para obtener Medicare.

Si 4 meses antes de cumplir 65 años no recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) (porque, por ejemplo, todavía trabaja), deberá inscribirse en la Parte A y en la Parte B (incluso aunque sea elegible para recibir la Parte A gratis). Deberá contactarse con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir los 65. Si trabajó para un ferrocarril, contáctese con la RRB para inscribirse. No tiene que estar jubilado para obtener Medicare.

Para quienes hayan nacido en 1938 o después, el beneficio del Seguro Social puede verse afectado por una disposición que eleva la edad en la cual los beneficios *completos* del Seguro Social son pagaderos.

Los beneficios por retiro del Seguro Social comenzaron a aumentar gradualmente desde los 65 hasta los 67 años a partir del año 2000 para quienes se jubilen a los 62. Quienes se jubilaron o planean jubilarse a los 62 años, obtendrán beneficios por retiro del Seguro Social parciales. Lo antes posible que una persona puede comenzar a recibir los beneficios por retiro del Seguro Social sigue siendo a los 62 años.

Puede obtener más información o calcular su edad para reunir *todos* los beneficios de retiro del Seguro Social en SSA.gov/retirement/ageincrease.htm.

NOTA: Si bien la edad para recibir todos los beneficios de retiro del Seguro Social está aumentando, la elegibilidad de los beneficios para Medicare por edad avanzada sigue siendo los 65 años.

Cuándo debe inscribirse a Medicare

- Puede inscribirse por primera vez durante su Período de Inscripción Inicial (IEP, en inglés), que dura 7 meses.
 - Comienza 3 meses antes de su cumpleaños n.º 65.
 - Incluye el mes en que cumple 65 años.
 - Finaliza 3 meses después de que haya cumplido 65 años.
 - La fecha de inicio se demorará.
- Puede inscribirse gratis en la Parte A en cualquier momento después de que comience el IEP.
- Sólo puede inscribirse en la Parte B (y por una prima a la Parte A) durante el IEP y otros períodos limitados.
- Si no se inscribe durante el IEP puede recibir una multa.

Su primera oportunidad para inscribirse en Medicare es durante su Período de Inscripción Inicial (IEP, en inglés), que dura 7 meses. La cobertura comenzará según cuándo se inscriba: Si se inscribe durante los primeros 3 meses del IEP (los 3 meses antes del mes en que cumple 65 años), la cobertura comenzará el primer día del mes en que cumpla 65. Si se inscribe el mes en que cumple los 65, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si se inscribe durante los últimos 3 meses del IEP (los 3 meses después del mes en que cumplió 65 años), la cobertura comenzará 2 o 3 meses después de que haya cumplido 65.

Si es elegible para la Parte A **gratuita**, puede inscribirse en la Parte A una vez que el IEP haya comenzado (3 meses antes de que cumpla 65 años) y en cualquier mes después. Si no es elegible para la Parte A gratuita, solo podrá inscribirse a ella durante el IEP o durante los períodos de inscripción limitados para la Parte B.

Todos (independientemente de que reciban la Parte A sin prima o deban pagar una prima por ella) pueden inscribirse en la Parte B durante:

- El IEP.
- El Período de Inscripción General (GEP en inglés) anual, del 1 de enero al 31 de marzo de cada año.
- En situaciones limitadas, en un Período Especial de Inscripción (SEP en inglés).

Si no se inscribe en la Parte B (o Parte A con prima) durante el IEP, es posible que deba pagar una multa. Para la Parte B, es una multa de por vida.

Período de Inscripción General (GEP)

- Para quienes no se hayan inscrito a la Parte B (o Parte A con prima) durante el Período de Inscripción Inicial.
- Transcurre desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, anualmente.
 - La cobertura comienza el 1 de julio.
- Es posible que deba pagar una multa.
 - 10% por el doble de la cantidad de años durante los cuales no tuvo Parte A
 - 10 % por cada 12 meses que haya pasado como elegible, pero que no se haya inscrito.
 - Siempre que tenga la Parte B

Si no se inscribió para la Parte B (o Parte A con prima) durante el Período de Inscripción Inicial (IEP), puede inscribirse durante el Período de Inscripción General (GEP).

El GEP es el período entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año. Si se inscribe en el GEP, la cobertura comenzará el 1 de julio.

Si usted no es elegible para la Parte A gratis y no la adquiere cuando es elegible por primera vez, su prima mensual puede aumentar hasta en un 10%. Deberá pagar la prima más alta por el doble de la cantidad de años que podría haber tenido la Parte A, pero no se inscribió.

En general, si no se inscribe en la Parte B la primera vez que es elegible y si pasan más de 12 meses desde que cumplió 65 años, es probable que deba pagar una multa que se agregará a la prima mensual de la Parte B. La multa para la Parte B es 10% por cada período completo de 12 meses en el cual podría haber tenido la Parte B, pero no se inscribió. En la mayoría de los casos, deberá pagar dicha multa mientras tenga la Parte B.

Prima de la Parte A y Parte B Período Especial de Inscripción (SEP)

- La mayoría de las personas no califican para un SEP.
- Debe contar con cobertura de plan de salud grupal según el empleo actual y activo suyo o de su cónyuge.
- Puede inscribirse:
 - En cualquier momento mientras esté cubierto por el plan de salud grupal, o
 - dentro de los 8 meses de pérdida la cobertura o el empleo actual, lo que suceda primero.

NOTA: Las coberturas para jubilados y COBRA no se consideran empleo activo.

La ley sólo permite unos pocos Períodos Especiales de Inscripción (SEP en inglés) para inscripción en la Parte B y Parte A con prima. La mayoría de las personas no califican para un SEP. Sin embargo, si aún trabaja, puede ser elegible.

El SEP le permite inscribirse después del Período de Inscripción Inicial (IEP) y no esperar hasta el Período de Inscripción General (GEP) sin tener que pagar una multa.

Para ser elegible debe tener cobertura de un plan de salud grupal de un empleador (EGHP en inglés) conforme a un empleo actual y activo. Si tiene 65 años o más, debe recibir esta cobertura subsidiada por el empleador acorde a su empleo actual o el de su cónyuge. Si tiene Medicare por una incapacidad, también puede recibir la cobertura subsidiada por el empleador conforme al empleo actual de un miembro.

Debe haber contado con la cobertura del plan de salud grupal todos los meses que fue elegible para inscribirse en la Parte B, pero no lo hizo. Para la mayoría de las personas esto significa que tenían cobertura de plan de salud grupal desde que cumplieron los 65 años.

Si es elegible, puede inscribirse usando el SEP en cualquier momento mientras tenga cobertura del plan de salud grupal por empleo activo y actual. Si pierde la cobertura del EGHP o el empleo actual, tendrá 8 meses para inscribirse. Si no se inscribe dentro de los 8 meses, tendrá que esperar hasta el próximo GEP para inscribirse, habrá una falta de cobertura y es posible que deba pagar una multa.

Cabe destacar que COBRA, la cobertura a jubilados, el seguro de accidente del trabajo a largo plazo o la cobertura por asuntos de los veteranos no se consideran empleo actual y activo.

Debe contactarse con el administrador de beneficios del sindicato o del empleador para saber de qué manera funciona su seguro con Medicare y si lo beneficia demorar la inscripción en la Parte B.

Qué hacer cuando finaliza la cobertura del empleador o el sindicato

- Si su empleo finaliza
 - Es posible que pueda elegir la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA en inglés)
 - Es posible que acceda a un Período Especial de Inscripción
 - Inscribirse en la Parte B sin multa
- Período de Inscripción Abierta Medigap
 - Comienza cuando tiene 65 años y ya está inscrito en la Parte B
 - Una vez que comienza el período, no puede demorarse ni repetirse.
 - Período de 6 meses

Cuando su empleo finaliza y no está inscrito en la Parte B, puede ocurrir lo siguiente:

- Puede tener la oportunidad de elegir la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA en inglés), que continúa su cobertura médica a través del plan del empleador (en la mayoría de los casos, solo por 18 meses), y es probable que el costo sea mayor.
- Es posible que tenga acceso a un Período Especial de Inscripción para inscribirse en la Parte B sin multa. Este período durará 8 meses y comienza el mes después de que termine su empleo. Este período ocurrirá ya sea que elija COBRA o no. Si elige COBRA, no espere a que termine el período de cobertura de COBRA para inscribirse en la Parte B. Si se inscribe en la Parte B después del Período Especial de Inscripción (SEP en inglés) de 8 meses, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía o que tenga que esperar al próximo Período de Inscripción General para inscribirse.

Medicare no cubre todos sus costos médicos. Una forma de cubrir los costos o "brechas", es adquirir una póliza Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare). Hablaremos sobre esto en más detalle más adelante, pero es importante que sepa que, cuando se inscribe en la Parte B, tiene un Período de Inscripción Abierta de 6 meses para Medigap, lo que le garantiza el derecho a adquirir una póliza de Medigap. Una vez que comienza el período, no puede demorarse ni repetirse.

Medicare Parte A: Cobertura de seguro de hospital

- La Parte A, seguro de hospital, ayuda a cubrir:
 - Cuidados en internación
 - Cuidados en un Centro de Enfermería Especializada (SNF en inglés) para pacientes internados
 - Sangre (internación)
 - Cuidado de la salud en el hogar
 - Cuidado de hospicio



Medicare Parte A (Seguro de Hospital) ayuda a cubrir los servicios de internación necesarios por razones médicas.

- Internación en hospital: habitación semiprivada, comidas, cuidados generales, otros suministros y servicios de hospital, así como también centros de rehabilitación de internación y cuidados de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (límite de 190 días).
- Cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF) para pacientes internados (no es cuidado a largo plazo, ni de compañía) bajo ciertas condiciones.
- Sangre: en la mayoría de los casos, si necesita sangre como paciente internado, no tendrá que pagarla o reemplazarla.
- Cuidado de la salud en el hogar: un médico o ciertos proveedores de atención médica que trabajan con el médico deben verlo personalmente para certificar que necesita servicios de salud en su hogar. Debe estar confinado en el hogar, es decir que salir de su casa le implica un esfuerzo importante.
- Cuidado de hospicio: su médico debe certificar que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. La cobertura incluye medicamentos para aliviar el dolor y tratamiento de los síntomas; servicios médicos, de enfermería y sociales; así como también servicios que Medicare generalmente no cubre, como orientación para el duelo.

NOTA: Medicare no pagará las facturas médicas o del hospital si no reside legalmente en los Estados Unidos. Además, en la mayoría de las situaciones, Medicare no pagará las facturas médicas o del hospital si está en la cárcel.

Cómo pagar Medicare Parte A

- La mayoría de las personas no pagan una prima por la Parte A
 - Si pagó los impuestos de la Ley de Contribución al Seguro Federal (FICA en inglés) al menos 10 años
- Si pagó FICA por menos de 10 años
 - Puede pagar una prima para obtener la Parte A
- Es posible que reciba una multa si no se inscribe cuando es elegible por primera vez para la Parte A con prima.
 - Su prima mensual podría aumentar hasta 10%.
 - Deberá pagar la prima más alta por el doble de la cantidad de años que podría haber tenido la Parte A, pero no se inscribió.

Generalmente no paga una prima mensual por la cobertura de la Parte A si usted o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban. A veces, esto se denomina Parte A gratis o sin prima. El impuesto de la Ley de Contribución al Seguro Federal (FICA) es un impuesto federal de nómina (o empleo) de EE. UU. que se le cobra tanto a empleados como empleadores para financiar el Seguro Social y Medicare.

Alrededor del 99% de las personas con Medicare no pagan una prima por la Parte A porque tienen al menos 40 trimestres de empleo cubierto por Medicare. Los inscritos de 65 años o mayores y ciertas personas con incapacidades que tengan menos de 40 trimestres de cobertura pagarán una prima mensual para recibir cobertura bajo la Parte A.

Si no es elegible para la Parte A gratis, puede comprar la Parte A, si:

- Tiene 65 años o más y posee (o se va a inscribir en) la Parte B, y cumple con los requisitos de ciudadanía y residencia.
- Es menor de 65 años, está incapacitado y su cobertura de Parte A gratis se terminó porque volvió a trabajar. (Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, puede seguir recibiendo la Parte A gratis hasta 8 años y medio después de volver al trabajo).

En la mayoría de los casos, si elige comprar la Parte A, también debe contar con la Parte B y pagar una prima mensual por ambas. El monto de la prima depende de cuánto tiempo usted o su cónyuge hayan trabajado en un empleo con cobertura de Medicare.

El Seguro Social determina si tiene que pagar una prima mensual por la Parte A. En 2016, la prima para una persona que ha trabajado menos de 30 trimestres de un empleo con cobertura de Medicare es de \$411 por mes. Quienes posean entre 30 y 39 trimestres de cobertura pueden adquirir la Parte A por una tarifa de prima mensual reducida, es decir, \$226 para 2016.

Si no es elegible para la Parte A sin prima y no la adquiere cuando es elegible por primera vez, la prima mensual puede aumentar hasta un 10% cada 12 meses que pase sin cobertura. Deberá pagar la prima más alta por el doble de la cantidad de años que podría haber tenido la Parte A, pero no se inscribió.

Si tiene recursos e ingresos limitados, su estado puede ayudarlo a pagar por la Parte A y/o B. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para obtener más información sobre la Parte A con prima. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuidados en internación

- Habitaciones semiprivadas
- Comidas
- Cuidado de enfermería general
- Medicamentos que sean parte de su tratamiento durante la internación
- Servicios y suministros hospitalarios

Medicare cubre habitaciones semiprivadas, comidas, cuidado de enfermería general y medicamentos que sean parte de su tratamiento durante la internación, así como otros servicios y suministros hospitalarios. Esto incluye la atención que obtenga en hospitales de cuidado agudo, hospitales de acceso crítico, instalaciones de rehabilitación con internación, atención de internación como parte de un estudio clínico que cumpla los requisitos y cuidado de la salud mental. Esto no incluye personal de enfermería privado, televisión o teléfono en su habitación (si estos servicios se cobran aparte) ni artículos de cuidado personal, como afeitadoras descartables o calcetines antideslizantes. Tampoco incluye una habitación privada, a menos que sea médicamente necesario. Si tiene Parte B, cubre los servicios que el médico le brinda mientras está internado en el hospital.

Medicare cubre ciertos servicios del cuidado de la salud durante la internación en instituciones de cuidado de la salud religiosas no médicas (RNHCI en inglés) aprobadas. Medicare solamente cubrirá los servicios y productos no médicos, no religiosos para pacientes internados. Entre algunos ejemplos se incluyen habitación y hospedaje o cualquier producto o servicio que no necesite de una orden o receta médica, por ejemplo, vendajes para heridas no medicadas o el uso de un andador simple. Medicare no cubre la parte religiosa de la atención en las RNCHI. Medicare Parte A (Seguro de Hospital) cubre la atención de internación no religiosa y no médica en ciertas circunstancias.

NOTA: Pasar la noche en el hospital no siempre significa que está internado. Sólo se lo considerará internado cuando el hospital lo ingrese formalmente como un paciente internado al recibir la orden de un médico. Seguirá siendo un paciente ambulatorio mientras no se lo ingrese formalmente como paciente internado, incluso si recibe atención del departamento de emergencia, servicios de observación, cirugía ambulatoria, análisis de laboratorio o radiografías. Usted o un familiar deben preguntar siempre si usted está o no internado cada día de su estancia en el hospital, dado que esto afecta lo que paga y su posibilidad de calificar para cobertura de la Parte A en un centro de enfermería especializada. Para más información, visite [Medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf).

Período de beneficios

- Mide el uso de los servicios de internación y de centros de enfermería especializada (SNF)
- Comienza el día en que recibe la internación
 - En hospital o SNF
- Finaliza cuando no haya ingresado al hospital o SNF por 60 días seguidos
- Paga un deducible para la Parte A para cada período de beneficios
 - \$1,288 en 2016
- No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Un período de beneficios es la forma en que Medicare Original mide el uso que usted hace de los servicios en Centros de enfermería especializada (SNF) y en hospitales. Un período de beneficios comienza el día en que se lo ingresa como paciente internado en un hospital o SNF. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún tipo de cuidado en internación (o cuidado especializado en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o SNF después de que un período de beneficios ha terminado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios. Deberá pagar el deducible por internación para cada período de beneficios. Deberá pagar el deducible por internación de la Parte A (\$1,288 en 2016) para cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Ejemplos:

- Pasa 5 días en el hospital. Luego ingresa a un SNF para 20 días de rehabilitación. Luego, regresa a su hogar. El período de beneficios terminará cuando haya estado afuera del SNF por 60 días, u 85 días después de que ingresó por primera vez al hospital. Si durante ese lapso de tiempo no vuelve al hospital como paciente internado, pagará otro deducible para el siguiente período de beneficios.
- Ha vuelto a su casa después de haber estado internado en el hospital, o en una combinación de hospital y SNF. Después de 2 semanas en su casa, debe volver al hospital. Todavía no han pasado 60 días sin internación, por lo que aún se encuentra en su primer período de beneficios. No tiene que pagar otro deducible por el hospital.

NOTA: Para calificar para servicios de atención poshospitalarios ampliados, es decir, un SNF, debe haber estado internado en un hospital, al menos, 3 días calendario consecutivos por razones médicas necesarias. El requisito de la estadía de tres días calendario consecutivos puede cumplirse con estadías que sumen 3 días consecutivos en uno o más hospitales. A fin de determinar si los requisitos se cumplen, se tiene en cuenta el día de admisión, *pero no el día del alta*, como día de internación. Es importante tener en cuenta que una estadía por una noche no garantiza que se lo considere paciente internado. La estadía de un paciente internado comienza el día en que lo ingresan formalmente con la solicitud de un médico.

Pago por la internación en el hospital

Para cada período de beneficios en 2016	Usted paga
Días 1-60	Deducible de \$1,288
Días 61-90	\$322 por día
Días 91-150	\$644 por día (60 días de reserva durante su vida)
Todos los días después de 150	Todos los costos

Por cada período de beneficios en 2015 usted paga:

- **\$1,288** de deducible y ningún coseguro para los días 1 a 60 de cada período de beneficios
- **\$322** por los días 61 a 90 de cada período de beneficios
- **\$644** por "día de reserva de por vida" después del día 90 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante toda su vida)
 - Medicare Original pagará por un total de 60 días extra (llamados días de reserva durante su vida) cuando permanezca internado durante más de 90 días durante un período de beneficios. Una vez que haya usado estos 60 días de reserva ya no tendrá más días extras durante su vida.
- Todos los costos para cada día después de los días de reserva de por vida.

NOTA: Los servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico están limitados a 190 días en su vida.

Servicios cubiertos en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)

- Habitaciones semiprivadas
- Comidas
- Cuidado de enfermería especializada
- Terapia del habla, ocupacional y física
- Servicios médicos sociales
- Medicamentos, suministros/equipamiento médico
- Transporte en ambulancia (limitado)
- Asesoramiento nutricional

Si califica, Medicare cubrirá los siguientes servicios en un centro de enfermería especializada (SNF):

- Habitación semiprivada (una habitación que comparte con otra persona)
- Comidas
- Cuidado de enfermería especializada
- Terapia del habla, ocupacional y física (si es necesaria para alcanzar su objetivo de salud)
- Servicios médicos sociales
- Medicamentos y suministros/equipamiento médico utilizados en el centro
- Transporte en ambulancia hasta el proveedor más cercano de servicios que no estén disponibles en el SNF si otro tipo de transporte pone en peligro la salud del paciente
- Asesoramiento nutricional

Cuidados en un Centro de Enfermería Especializada (SNF): condiciones requeridas

- Que requiera servicios especializados diarios
 - Que no sea sólo cuidado a largo plazo o de compañía
- Internación en un hospital durante 3 días consecutivos o más
- Admisión en el SNF dentro de un período específico
 - generalmente 30 días después de haber salido del hospital.
- La atención del SNF debe estar destinada a una afección que se trate en el hospital
 - o una afección que haya comenzado mientras recibía atención en el SNF por una afección que se trate en el hospital
- El SNF debe participar en Medicare

La Parte A pagará por la atención en un centro de enfermería especializada (SNF) si usted cumple con las siguientes condiciones:

- Su médico debe certificar que su afección requiere servicios de enfermería o rehabilitación especializados que sólo pueden brindarse en un SNF.
 - Esto no incluye cuidado a largo plazo o de compañía. Medicare no cubre cuidado de compañía si es el único tipo de cuidado que necesita. El cuidado de compañía es el cuidado con el que se lo ayuda con actividades diarias como levantarse y acostarse, comer, bañarse, vestirse y usar el baño. También puede incluir cuidados que la mayoría de las personas hacen por sí solas, como usar gotas para los ojos, oxígeno y los cuidados relacionados con una colostomía o un catéter urinario. El cuidado de compañía por lo general se da en un centro de enfermería. Generalmente, el cuidado especializado tiene cobertura de Medicare solamente por un plazo breve posterior a la internación. Es posible que el cuidado de compañía se necesite durante un período más prolongado.
- Estar internado en un hospital por 3 días consecutivos o más antes de ser admitido en un SNF participante. El requisito de la estadía de tres días calendario consecutivos puede cumplirse con estadías que sumen 3 días consecutivos en 1 o más hospitales. A fin de determinar si los requisitos se cumplen, se tiene en cuenta el día de admisión, *pero no el día del alta*, como día de internación. Es importante tener en cuenta que una estadía por una noche no garantiza que se lo considere paciente internado. La estadía de un paciente internado comienza el día en que lo ingresan formalmente con la solicitud de un médico.
- Ser admitido en el SNF dentro de los 30 días posteriores a dejar el hospital.
- Su cuidado en el SNF debe ser para una afección que haya sido tratada en el hospital o que haya comenzado mientras estaba recibiendo cuidado en el SNF para una afección tratada en el hospital.
- El centro debe ser un SNF que participe en Medicare.

Para obtener más información, visite “Cobertura de Medicare de Centros de Enfermería Especializada” en [Medicare.gov/Pubs/pdf/10153.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10153.pdf).

Pago por el Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada

Por cada período de beneficios en 2016	Usted paga
Días 1-20	\$0
Días 21-100	\$161 por día
Todos los días después de 100	Todos los costos

El cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) está cubierto en su totalidad durante los primeros 20 días, siempre que cumpla con los requisitos de la estadía cubierta por Medicare. En 2016, con Medicare Original, se cubren los días 21–100 de cuidado en un SNF para cada período de beneficios, excepto por el pago de un coseguro de \$161 por día. Después de 100 días, Medicare Parte A no cubre cuidado en un SNF.

Puede calificar para recibir cuidado en un SNF nuevamente cada vez que comience un nuevo período de beneficios y cumpla con los otros criterios.

Cinco condiciones para el cuidado de la salud en el hogar

1. Debe estar confinado en el hogar
2. Debe necesitar cuidado especializado a tiempo parcial o en forma intermitente
3. Debe estar bajo el cuidado de un médico
 - Recibir servicios conforme a un plan de cuidado
4. Tener un encuentro en persona con un médico
 - antes de comenzar el cuidado o dentro de los 30 días de iniciado
5. La agencia del cuidado de la salud en el hogar debe estar aprobada por Medicare

Para ser elegible para recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar debe cumplir con las siguientes condiciones:

1. Debe estar confinado en el hogar. Se considerará que una persona está "confinada en el hogar" (en su casa) si se cumplen los siguientes 2 criterios: (1) Debido a una enfermedad o una lesión, el paciente debe necesitar la ayuda de dispositivos de apoyo, tales como muletas, bastones, sillas de ruedas y andadores; el uso de transporte especial; o la asistencia de otra persona para salir de su lugar de residencia, O BIEN (2) debe tener una afección por la cual salir de su casa esté médicamente contraindicado.
Si el paciente cumple 1 de las 2 condiciones mencionadas, TAMBIÉN debe cumplir con los siguientes dos requisitos; (1) Debe existir una incapacidad normal para salir de su casa: Y (2) Salir de su casa debe requerir un esfuerzo considerable y agotador.
2. Debe necesitar cuidado especializado en forma intermitente, o fisioterapia o tener una patología del habla, o necesitar terapia ocupacional en forma continua.
3. Su médico debe decidir que usted necesita cuidado especializado en su hogar y debe crear un plan para el cuidado en el hogar.
4. Antes de certificar su elegibilidad para el beneficio de cuidado de la salud en el hogar de Medicare, el médico debe documentar que él/ella o un profesional no médico han tenido una entrevista personal con usted. El encuentro debe ocurrir 90 días antes o dentro de los 30 días posteriores al inicio del cuidado. La ley permite que la entrevista en persona se realice en forma remota por medio de Telehealth en áreas rurales, en un sitio de origen aprobado. Esto significa servicios médicos o de salud brindados a un paciente por medio de sistemas de comunicación (como computadoras, teléfono o televisión), por un profesional en un lugar que no sea donde se encuentra el paciente.
5. La agencia de cuidado de la salud en el hogar que utilice debe estar aprobada por Medicare.

NOTA: Es posible que la Parte B también pague por el cuidado de la salud en el hogar en ciertas condiciones. Por ejemplo, la Parte B paga por el cuidado de la salud en el hogar si la necesidad de tal cuidado no está precedida por una internación en el hospital, o cuando la cantidad de visitas de cuidado de la salud en el hogar cubiertas por la Parte A excede las 100. Para obtener más información, lea "Medicare y el Cuidado de la Salud en el Hogar," en [Medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10969.pdf](https://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10969.pdf). También puede visitar la página [CMS.gov/Center/Provider-Type/Home-Health-Agency-HHA-Center.html](https://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Home-Health-Agency-HHA-Center.html).

Pago del cuidado de la salud en el hogar

- Totalmente cubierto por Medicare
- El plan de cuidado se revisa cada 60 días
 - Llamado episodio de cuidado
- En Medicare Original usted paga
 - Nada por servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos
 - 20% del monto aprobado por Medicare
 - Por equipo médico duradero
 - Cubierto en la Parte B

En Medicare Original, por cuidado en el hogar cubierto por la Parte A, usted paga:

- Nada por servicios de cuidado de la salud en el hogar brindados por agencias del cuidado de la salud en el hogar aprobadas por Medicare.
- Si tiene Parte B, para 20% del monto aprobado por Medicare por una reclamación de equipo médico duradero asignada. Si la reclamación no es asignada, usted deberá pagar los cargos del equipo médico duradero en exceso del monto aprobado por Medicare. (Hablaemos sobre la asignación más adelante.)

Si desea encontrar una agencia de cuidado de la salud en el hogar en su área, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) y use la herramienta de comparación de agencias de cuidado de salud en el hogar, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: La Parte A cubre los servicios de cuidado de la salud en el hogar posinstitucionales durante una afección que deba tratarse en el hogar que dure hasta 100 visitas. Una vez que agote las 100 visitas de la Parte A de los servicios de cuidado de la salud en el hogar posinstitucionales, la Parte B cubre el resto de la afección que deba tratarse en el hogar. El límite de 100 visitas no se aplica a usted si solo está inscripto en la Parte A. Si solo está inscripto en la Parte B y califica para el beneficio de cuidado de la salud en el hogar de Medicare, entonces este beneficio se pagará a través de la Parte B. No hay límite de 100 visitas para la Parte B.

Parte A: Cuidado de Hospicio

- Cuidado de un equipo especial interdisciplinario para los pacientes terminales y sus familias
 - Expectativa de vida de 6 meses o menos
- Debe firmar una manifestación de elección que establezca que usted elige el cuidado de hospicio en vez de los beneficios de rutina cubiertos por Medicare para tratar su enfermedad terminal.
- Énfasis en la comodidad y el alivio, no en la cura
- El médico debe certificar cada "período de elección"
 - Dos períodos de 90 días
 - Luego, períodos de 60 días ilimitados
 - Entrevista personal
- El proveedor del hospicio debe estar aprobado por Medicare

La Parte A también cubre el cuidado de hospicio, que es una forma especial de atender a las personas que tienen una enfermedad terminal y a sus familias. El cuidado de hospicio tiene como objetivo ayudarlo a aprovechar al máximo los últimos meses de vida al brindarle comodidad y alivio para el dolor. Involucra a un equipo que atiende sus necesidades médicas, físicas, sociales, emocionales y espirituales. El objetivo del hospicio es atenderlo a usted y a su familia, no sanar su enfermedad.

Debe firmar una manifestación de elección que establezca que usted elige el cuidado de hospicio en vez de los beneficios de rutina cubiertos por Medicare para tratar su enfermedad terminal. No obstante, Medicare seguirá cubriendo los servicios médicos que no estén relacionados con la afección por la cual está en el hospicio.

Puede recibir cuidado de hospicio siempre que su doctor certifique que su enfermedad es terminal y que es probable que tenga menos de 6 meses de vida si la enfermedad sigue su curso normal. La atención se brinda en "períodos de elección": 2 períodos de 90 días seguidos por períodos ilimitados de 60 días. Al inicio de cada período de beneficios su médico debe certificar que su enfermedad es terminal para que pueda seguir recibiendo cuidado de hospicio.

Medicare también requiere visitas personales. El médico debe reunirse con usted dentro de los 30 días de la certificación para el hospicio, a partir de antes del tercer período de elección y con cada nueva certificación.

El proveedor del hospicio debe estar aprobado por Medicare

Para obtener más información, lea "Beneficios de Hospicio de Medicare", en [Medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02154.pdf](https://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02154.pdf).

Servicios de hospicio cubiertos

- Servicios de médicos y personal de enfermería
- Terapia del habla, ocupacional y física
- Equipos y suministros médicos
- Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor
- Cuidados de hospitalización a corto plazo para manejar el dolor y los síntomas
- Cuidado de relevo en un centro certificado de Medicare
 - Hasta 5 días cada vez, sin límite de veces
- Ayudantes de hospicio y de tareas domésticas
- Servicios de asistentes sociales
- Orientación de duelo, nutricional y otras

Además de los servicios regulares cubiertos por Medicare, tales como la atención de médicos y enfermeros, terapia del habla, ocupacional y física, el beneficio de hospicio también cubre:

- Equipos médicos (como sillas de ruedas o andadores).
- Suministros médicos (como apósitos y catéteres).
- Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor.
- Cuidado a corto plazo en el hospital, hospicio con internación o centro de enfermería especializada cuando sea necesario para manejar el dolor y los síntomas.
- Cuidado de relevo durante la internación, que es el cuidado que le brinda otro cuidador para que su cuidador usual pueda descansar. Le brindarán cuidado en un centro aprobado por Medicare, tal como un hospicio con internación o un asilo de ancianos. Puede recibir cuidado de relevo por hasta 5 días cada vez y no hay una cantidad limitada de veces para pedirlo. El cuidado de hospicio en general se brinda en su hogar (o en el centro donde viva). Sin embargo, Medicare también cubre la atención hospitalaria a corto plazo cuando es necesaria.
- Ayudantes de hospicio y de tareas domésticas.
- Servicios de asistentes sociales.
- Otros servicios cubiertos, así como servicios que Medicare en general no cubre, como orientación espiritual y de duelo.
- Orientación nutricional y otras.

Pago del cuidado de hospicio

- En Medicare Original usted paga
 - Nada por el cuidado de hospicio
 - Hasta \$5 por receta para manejar el dolor y los síntomas
 - Mientras esté en su hogar
 - 5% por el cuidado de relevo durante la internación
- En ciertos casos pueden estar cubiertos la habitación y el hospedaje
 - Cuidado de relevo a corto plazo
 - Para el manejo de dolor/síntomas que no puedan manejarse en el hogar
 - Si tiene Medicaid y vive en un centro de enfermería

Para el cuidado de hospicio en Medicare Original usted paga un copago de no más de \$5 por cada medicamento recetado y otros productos similares para el alivio del dolor y el control de los síntomas mientras recibe cuidado de rutina o continuo en su hogar, y 5% del monto de pago aprobado por Medicare para cuidado de relevo durante la hospitalización. Por ejemplo, si Medicare ha aprobado un cargo de \$150 por día para el cuidado de relevo durante la internación, usted pagará \$7,50 por día. El monto que paga por el cuidado de relevo puede cambiar cada año.

Medicare sólo pagará la habitación y el hospedaje en ciertos casos. La habitación y el hospedaje sólo están cubiertos durante internaciones para el manejo del dolor y los síntomas, y para el cuidado de relevo. No están cubiertos si recibe servicios de hospicio generales mientras vive en un asilo de ancianos u otro hospicio residencial. Sin embargo, si tiene Medicaid y Medicare, y vive en un centro de enfermería, Medicaid cubre la habitación y el hospedaje.

Para encontrar un programa de hospicio, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o a la organización de hospicios de su estado. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener más información, visite el “Manual de la Política de Beneficios de Medicare”, Capítulo 9, Cobertura de servicios de hospicio con el seguro del hospital en [CMS.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/ Downloads/bp102c09.pdf](https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/bp102c09.pdf).

Medicare Parte B: Cobertura de seguro médico

- La Parte B, seguro médico, ayuda a cubrir:



- Servicios médicos
- Servicios y suministros quirúrgicos y médicos ambulatorios
- Análisis de laboratorio clínicos
- Equipo médico duradero
- Suministros para análisis para diabéticos
- Servicios preventivos

La Parte B de Medicare (Seguro médico) ayuda a cubrir los suministros y servicios ambulatorios necesarios por razones médicas.

- Servicios médicos: servicios necesarios por razones médicas.
- Suministros y servicios ambulatorios médicos y quirúrgicos: para procedimientos aprobados como suturas o radiografías.
- Servicios de laboratorio clínico: análisis de sangre, análisis de orina y algunos exámenes médicos.
- Equipo médico duradero como andadores y sillas de rueda: es posible que necesite usar ciertos suministros que se encuentran en el Programa de Oferta Competitiva de suministros, ortóptica, prótesis y equipos médicos duraderos. Visite [Medicare.gov/supplierdirectory/](https://www.Medicare.gov/supplierdirectory/).
- Suministros de análisis para diabetes: quizás necesite usar proveedores específicos para ciertos tipos de suministros para análisis de diabetes.
- Servicios preventivos: exámenes, análisis, exámenes médicos y vacunas para prevenir, encontrar o tratar un problema médico.

¿Cuáles son los servicios cubiertos por Medicare Parte B?

Servicios médicos	Servicios necesarios por razones médicas (incluye servicios médicos ambulatorios y algunos servicios médicos que recibe cuando está internado) o servicios preventivos cubiertos. Usted paga 20% del monto aprobado por Medicare (si el médico acepta la asignación) y aplica el deducible de la Parte B.
Servicios y suministros médicos y quirúrgicos ambulatorios	Para procedimientos aprobados como radiografías, yesos o suturas Usted paga 20% del monto aprobado por Medicare por los servicios médicos si el médico acepta la asignación. También le paga al hospital un copago por cada servicio. Aplica el deducible de la Parte B.

La Parte B de Medicare cubre una variedad de suministros y servicios ambulatorios necesarios por razones médicas. Deben cumplirse ciertos requisitos.

Servicios médicos: Medicare cubre los servicios médicos necesarios por razones médicas (incluye servicios médicos ambulatorios y algunos servicios médicos que recibe cuando está internado) y servicios preventivos cubiertos. Medicare también cubre los servicios brindados por otros proveedores de atención médica, tales como los asistentes de los médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos. Excepto por ciertos servicios preventivos (por los cuales no paga), usted paga 20% del monto aprobado por Medicare, y aplica el deducible de la Parte B.

Suministros y servicios médicos y quirúrgicos ambulatorios: Medicare cubre procedimientos aprobados como radiografías, yesos o suturas. Usted paga 20% del monto aprobado por Medicare por los servicios médicos o de otros proveedores del cuidado de la salud. En general, usted paga un copago al hospital por cada servicio que recibe como paciente ambulatorio de ese hospital. Aplica el deducible de la Parte B.

Servicios cubiertos por Medicare Parte B (continuación)

Equipo Médico Duradero (DME en inglés)

Elementos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital para usarlas en el hogar. Algunos elementos deben rentarse.

Medicare tiene un programa llamado “oferta competitiva.”

Debe usar proveedores específicos o Medicare no pagará por el elemento y es probable que usted deba pagar todo el precio.

Incluye el programa de pedidos por correo para suministros de autoanálisis de diabetes, e incluye 9 programas locales de bombas de infusión, incluso bombas de insulina y suministros para bombas.

Visite Medicare.gov/supplier para encontrar proveedores aprobados por Medicare en su área.

Usted paga 20% del monto aprobado por Medicare y aplica el deducible de la Parte B.

Equipo médico duradero (DME): Medicare cubre elementos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital pedidas por su médico u otro proveedor del cuidado de la salud inscripto en Medicare para el uso en el hogar. Algunos elementos deben rentarse. Usted paga 20% del monto aprobado por Medicare y aplica el deducible de la Parte B. En todas las regiones del país, debe obtener su equipo o suministros cubiertos, así como los servicios de reemplazo o reparación, de un proveedor aprobado por Medicare para que Medicare lo pague.

Medicare cuenta con un programa llamado “oferta competitiva” para ayudarlo a usted y ayudar a Medicare a ahorrar dinero. Asegúrese de que siempre le brinden equipo, suministros y servicios de calidad y ayude a impedir el fraude y el abuso. En algunas regiones del país, si necesita ciertos elementos, debe usar proveedores específicos o Medicare no pagará por el elemento y es probable que usted deba pagar todo el precio. Esto incluye suministros para autoanálisis de diabetes, bombas de insulina y suministros de bomba pedidos por correo.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están obligados por ley a volver a considerar los contratos del Programa de Oferta Competitiva de suministros, ortóptica, prótesis y equipos médicos duraderos (DMEPOS) al menos una vez cada 3 años. Los contratos de Round 2 y del programa nacional de pedido por correo vencen el 30 de junio de 2016. Está programado que los contratos renegociados de Round 2 y del programa nacional de pedido por correo entren en vigencia el 1 de julio de 2016, con vencimiento el 31 de diciembre de 2018.

La región de renegociación de la oferta competitiva del programa de pedidos por correo incluye todas las partes de Estados Unidos, incluidos los 50 estados, el distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU, Guam y Samoa Estadounidense.

Si necesita DME o suministros, visite Medicare.gov/supplier para encontrar proveedores aprobados por Medicare. Si su código postal está en una región de oferta competitiva, los elementos incluidos en el programa aparecen indicados con una estrella anaranjada. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para más información sobre el programa de ofertas competitivas, puede visitar: CMS.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/DMEPOSCompetitiveBid/.

Más servicios cubiertos por Medicare Parte B

Servicios de cuidado de la salud en el hogar	Cuidado de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente, y/o fisioterapia, servicios de terapia del habla, y/o servicios para personas con necesidad continua de terapia ocupacional, algunos servicios de suministros para infusión en el hogar, servicios sociales médicos, y suministros médicos necesarios por razones médicas. Usted no paga por los servicios cubiertos
Otros (esta no es una lista completa)	Servicios médicos y suministros necesarios por razones médicas, tales como servicios de laboratorio clínico, suministros de diabetes, servicios y suministros para diálisis renal, cuidado de la salud mental, medicamentos recetados ambulatorios limitados, radiografías de diagnóstico, IRM, TC y ECG, trasplantes y otros servicios. Los costos varían.

Servicios de cuidado de la salud en el hogar: Medicare cubre cuidado de enfermería especializada necesario por razones médicas a tiempo parcial o intermitente, y/o fisioterapia, servicios para patología del habla, y/o servicios para personas con necesidad continua de terapia ocupacional. Un médico inscripto en Medicare o ciertos proveedores de atención médica que trabajan con el médico deben verlo personalmente para certificar que necesita servicios de salud en su hogar. El médico debe solicitar el cuidado en el hogar y una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare debe proveerlo. Los servicios de cuidado de la salud en el hogar también pueden incluir servicios sociales médicos, suministros para infusión en el hogar a tiempo parcial o intermitentes, equipo médico duradero y suministros médicos para usarlos en su hogar. Como se describió previamente, debe estar confinado a su hogar. Usted no paga por los servicios cubiertos de cuidado de la salud en el hogar.

Otros (no es una lista completa): Servicios médicos y suministros necesarios por razones médicas, tales como servicios de laboratorio clínico, suministros de diabetes, servicios y suministros para diálisis renal, cuidado de la salud mental, medicamentos recetados ambulatorios limitados, radiografías de diagnóstico, IRM, TC y ECG, trasplantes y otros servicios. Los costos varían.

NOTA: La Parte A cubre los servicios de cuidado de la salud en el hogar posinstitucionales durante una afección que deba tratarse en el hogar que dure hasta 100 visitas. Una vez que agote las 100 visitas de la Parte A de los servicios de cuidado de la salud en el hogar posinstitucionales, la Parte B cubre el resto de la afección que deba tratarse en el hogar. El límite de 100 visitas no se aplica a usted si solo está inscripto en la Parte A. Si solo está inscripto en la Parte B y califica para el beneficio de cuidado de la salud en el hogar de Medicare, entonces este beneficio se pagará a través de la Parte B. No hay límite de 100 visitas para la Parte B.

Servicios preventivos cubiertos por Medicare Parte B (continuación)

- Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"
- Cobertura Completa
- Pruebas de detección del aneurisma aórtico abdominal
- Evaluación y orientación sobre el abuso de alcohol
- Prueba de densidad de masa ósea/densitometría ósea
- Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía)
- Visita de reducción del riesgo de trastornos cardiovasculares (CVD en inglés)
- Controles de enfermedades cardiovasculares
- Prueba de detección del cáncer cervical y vaginal
- Prueba de detección del cáncer colorrectal
 - Prueba de detección de sangre oculta en heces
 - Evaluación por sigmoidoscopia flexible
 - Evaluación por colonoscopia
 - Evaluación con enema de bario
 - Prueba de ADN en heces multi objetivo ¡Nuevo!
- Evaluación de la depresión
- Controles de diabetes
- Capacitación para el manejo de la diabetes
- Vacunas contra la gripe
- Pruebas de glaucoma
- Vacuna contra la hepatitis B
- Prueba de detección de la hepatitis C ¡Nuevo!
- Prueba de detección del VIH
- Prueba de detección del cáncer de pulmón ¡Nuevo!
- Servicios de terapia médica de nutrición
- Evaluación y orientación sobre la obesidad
- Vacunas contra el neumococo ACTUALIZACIÓN
- Prueba de detección del cáncer de próstata
- Evaluación y orientación sobre infecciones de transmisión sexual
- Orientación para dejar de fumar



Medicare cubre muchos servicios preventivos para ayudarlo a mantenerse sano. Hable con su proveedor de cuidado de la salud para saber cuáles de estos servicios son adecuados para usted. En 2015, Medicare cubre

- Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"
- Cobertura Completa
- Pruebas de detección del aneurisma aórtico abdominal (una vez y ya no es necesario que lo refieran en la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare")
- Evaluación y orientación sobre el abuso de alcohol
- Prueba de densidad de masa ósea/densitometría ósea
- Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía)
- Trastornos cardiovasculares (terapia conductual)
- Controles de enfermedades cardiovasculares
- Prueba de detección del cáncer cervical y vaginal
- Prueba de detección del cáncer colorrectal, incluida una nueva prueba de ADN en heces multi objetivo
- Evaluación de la depresión
- Prueba de detección de la diabetes y capacitación sobre el manejo para el paciente
- Vacunas contra la gripe
- Pruebas de glaucoma
- Vacuna contra la hepatitis B
- Prueba de detección de la hepatitis C nueva para personas con alto riesgo de contraer el VHC
- Prueba de detección del VIH
- Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja una vez al año (nuevo)
- Terapia médica de nutrición
- Evaluación y orientación sobre la obesidad
- Vacunas contra el neumococo A partir del 19/9/2014, Medicare cubre lo siguiente:
 - Una vacuna inicial contra el neumococo para todos los beneficiarios de Medicare que nunca hayan recibido la vacuna en Medicare Parte B, y
 - Una segunda vacuna contra el neumococo diferente 1 año después de la primera (11 meses completos después del mes en el cual se administró la última vacuna contra el neumococo)
- Prueba de detección del cáncer de próstata
- Evaluación y orientación sobre infecciones de transmisión sexual
- Orientación para dejar de fumar

Pago de los servicios preventivos

- En Medicare Original usted
 - No paga nada por la mayoría de los servicios preventivos si su proveedor acepta la "asignación"
 - Es posible que deba pagar más si el proveedor no acepta la asignación
 - Es posible que tenga un copago
 - Si el médico le brinda otros servicios que no son parte de los beneficios preventivos cubiertos, o
 - Para algunos servicios preventivos.

En Medicare Original usted no pagará nada por la mayoría de los servicios preventivos si los recibe de un médico u otro proveedor que acepte la asignación.

Una asignación es que su médico, o proveedor acuerden recibir el pago directamente de Medicare, acepten recibir el monto aprobado por Medicare como pago por los servicios cubiertos y acuerden no facturarle a usted otra cosa que no sea el deducible o coseguro de Medicare. (ver las diapositivas 44 a 45 para obtener más información.)

Usted no paga por ciertos servicios preventivos. Sin embargo, si usted o su médico u otro proveedor del cuidado de la salud realizan análisis o servicios adicionales durante la misma consulta que no están cubiertos por los beneficios preventivos, es posible que deba pagar un copago y puede aplicarse el deducible de la Parte B. Más adelante hablaremos sobre cuáles servicios preventivos requieren un copago.

El Artículo 4104 de la Ley de Atención Médica Asequible eliminó los deducibles, copagos o coseguros a partir de la fecha del servicio o después del 1 de enero de 2011 para los siguientes servicios preventivos cubiertos por Medicare:

- El Examen Físico Inicial de Prevención (IPPE en inglés) o la ("Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare")
- Consulta anual de "Bienestar"
- Los servicios preventivos identificados como de grado A o B por el Grupo Operativo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF en inglés) para toda indicación o población y adecuados para el beneficiario (ver la diapositiva 30).

NO cubiertos por la Parte A y la Parte B

- Cuidado a largo plazo
- Cuidado dental de rutina
- Prótesis dentales
- Cirugía cosmética
- Acupuntura
- Audífonos y exámenes para ajustarlos
- Otros controles [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)

Medicare Parte A y Parte B no cubren todo. Si necesita servicios que no están cubiertos por Medicare deberá pagarlos usted mismo, a menos que tenga otro seguro que cubra esos costos. Incluso si Medicare cubre un servicio o elemento, en general debe pagar deducibles, coseguros y copagos.

Los elementos y servicios no cubiertos por Medicare incluyen, entre otros, cuidado a largo plazo*, el cuidado dental de rutina, las prótesis dentales, la cirugía cosmética, la acupuntura, los audífonos y los exámenes para ajustarlos.

*El cuidado a largo plazo incluye el cuidado médico y no médico para personas con enfermedades crónicas o incapacidad. El cuidado no médico incluye la asistencia con el cuidado personal, tal como la ayuda para actividades diarias como vestirse, bañarse y usar el baño. El cuidado a largo plazo puede brindarse en el hogar, en la comunidad, en un centro con asistencia o en un asilo de ancianos.

Lo que Usted Paga—Prima Mensual por la Parte B

- La mayoría de las personas seguirán pagando \$ 104.90 por mes debido a que no hubo ajuste en el costo de vida para el 2016 (si su prima de la Parte B se dedujo de sus beneficios en diciembre de 2015 y enero de 2016[estarán protegidos])
 - Usted puede pagar una prima más alta si tiene una multa por inscripción tardía en la Parte B
 - Algunas personas tendrán que pagar la prima estándar en el año 2016 (ver la siguiente pantalla)

Usted paga una prima por la Parte B de cada mes. La mayoría de las personas que reciben los beneficios del Seguro Social continuarán pagando la misma cantidad prima de la Parte B que pagaron en 2015 (la mayoría pagó \$ 104,90). Esto se debe a que no había un ajuste por costo de la vida para los beneficios del Seguro Social de 2016. En 2016, el monto de la prima estándar de la Parte B será \$ 121.80 (o más dependiendo de sus ingresos).

RECUERDE: Esta prima puede ser mayor si usted no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible. El costo de la Parte B puede aumentar hasta un 10% por cada período de 12 meses que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Una excepción sería si usted puede inscribirse en la Parte B durante un período de inscripción especial porque usted o su cónyuge (o miembro de la familia si usted está incapacitado) siga empleado y que está cubierto por un plan de salud de grupo a través de ese empleo. Cuando el pago de beneficios del Seguro Social del beneficiario será más bajo en enero que en diciembre por el solo hecho de la prima de la Parte B aumento, una disposición de la Ley de Seguridad Social denominado "mantenga indemne" protege que su pago de beneficios disminuya. También nos referimos a esto como "Variable SMI, o VSMI." VSMI sólo se aplica si el beneficiario cumple todas las condiciones siguientes:

- Recibió beneficios del seguro social en los meses de noviembre y diciembre;
- Recibió beneficios en efectivo para noviembre y diciembre; y
- Recibió beneficios en efectivo en Diciembre y Enero y la prima de la Parte B fue deducida de dicho beneficio por los dos meses.

Lo que Usted Paga—2016 Prima Estándar Mensual por la Parte B

- Aquellos que tengan que pagar la prima estándar 2016 (\$ 121.80 o mas) incluyen:
 - Los que se inscriben en la Parte B por primera vez en 2016
 - No reciben beneficios del Seguro Social o Retirados Ferroviarios
 - Pagan directamente por sus primas de la Parte B
 - Inscritos en Medicare y Medicaid y Medicaid paga sus primas
 - Tener un ingreso bruto ajustado tal como aparece en su declaración de impuestos de hace 2 años que está por encima de una cierta cantidad . Esta es la cantidad del ajuste mensual de ingresos relacionados (IRMAA)

Aquellos que tengan que pagar la prima estándar 2016 (\$ 121.80 o mas) incluyen:

- Los que se inscriben en la Parte B por primera vez en 2016
- No reciben beneficios del Seguro Social o Retirados Ferroviarios
- Pagan directamente por sus primas de la Parte B
- Inscritos en Medicare y Medicaid y Medicaid paga sus primas
- Tener un ingreso bruto ajustado tal como aparece en su declaración de impuestos de hace 2 años que está por encima de una cierta cantidad . Esta es la cantidad del ajuste mensual de ingresos relacionados (IRMAA)

Prima mensual de la Parte B

Si su ingreso anual en el 2014 fue

Declaración de impuestos individual	Declaración de impuestos conjunta	Declaración de impuestos casado pero presentada por separado	Usted paga (en 2016)
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	\$85,000 o menos	\$121.80
\$85,000.01–\$107,000	\$170,000.01–\$214,000	N/A	\$170.50
\$107,000.01–\$160,000	\$214,000.01–\$320,000	N/A	\$243.60
\$160,000.01–\$214,000	\$320,000.01–\$428,000	\$85,00–\$129,000	\$316.70
Mas de \$214,000	Mas de \$428,000	Mas de \$129,000	\$389.80

NOTA: Las primas generalmente se deducen del pago de su beneficio del Seguro Social.

Si usted está en 1 de los 5 grupos mostrados en la pantalla anterior, esto es lo que tendrá que pagar en 2016:

- \$ 85,000 o menos, y presentar una declaración de impuestos individual, presentan una declaración de impuestos conjunta con un ingreso anual de \$ 170,000 o menos, o si esta casado y declara sus impuestos por separado, la prima de la Parte B es \$ 121.80 por mes.
- \$ 85,000.01- \$ 107.000, y presentar una declaración de impuestos individual, presentar una declaración de impuestos conjunta con un ingreso anual por encima de \$ 170.000 hasta \$ 214.000, o es casado y declara los impuestos por separado, la prima de la Parte B es \$ 170.50 por mes
- \$ 107,000.01- \$ 160.000 y presentar una declaración de impuestos individual, presentar una declaración de impuestos conjunta con un ingreso anual de por encima de \$ 214.000 hasta \$ 320.000 o es casado y declara los impuestos por separado, la prima de la Parte B es \$ 243.60 por mes
- \$ 160,000.01- \$ 214.000, y presentar una declaración de impuestos individual, presentar una declaración de impuestos conjunta con un ingreso superior a \$ 320.000 hasta \$ 428.000 o es casado y declara los impuestos por separado con un ingreso superior a \$ 85.000 y hasta \$ 129.000, la prima de la Parte B es \$ 316.70 por mes
- Por encima de \$ 214.000, y presentar una declaración de impuestos individual, presentan una declaración de impuestos conjunta con un ingreso superior a \$ 428.000 o es casado y declara los impuestos por separado con un ingreso superior a \$ 129.000, la prima de la Parte B es \$ 389.80 por mes

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

RECUERDE que esta prima puede ser mayor si no eligió la Parte B cuando fue elegible por primera vez. El costo de la Parte B puede aumentar un 10 % por cada período de 12 meses que haya pasado sin la Parte B. Una excepción a esta regla sería que pueda inscribirse a la Parte B durante un Período Especial de Inscripción porque usted o su cónyuge (o miembro de la familia, si está incapacitado) aún trabajan y tienen cobertura por un plan de salud grupal a través del empleo.

Parte B (Seguro médico): Lo que paga en Medicare Original en 2016

Deducible anual	\$166.00
Coseguro para servicios de la Parte B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coseguro del 20 % para la mayoría de los servicios cubiertos, por ejemplo, servicios de los médicos y ciertos servicios preventivos, si el proveedor acepta la asignación. ▪ \$0 para algunos servicios preventivos. ▪ Coseguro del 20 % para servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, y copagos para servicios ambulatorios en hospitales.

Además de las primas, en Original Medicare debe pagar otros costos. Por ello, en 2015 pagará lo siguiente para los servicios necesarios por razones médicas de la Parte B:

- El deducible anual para la Parte B es de \$166 en 2016. Si tiene Medicare Original, pagará el deducible de la Parte B, que es la cantidad que una persona debe pagar por atención médica cada año calendario antes de que Medicare comience a pagar. Esta cantidad puede cambiar cada año en enero. Es decir que debe pagar los primeros \$166 de sus facturas médicas aprobadas por Medicare en 2016 antes de que Parte B comience a pagar por su atención.
- Coseguro para servicios de la Parte B. Por lo general, es el 20 % para la mayoría de los servicios cubiertos para los proveedores que acepten las asignaciones.
- Algunos servicios preventivos no tienen coseguro y el deducible de la Parte B no se aplicará siempre y cuando el proveedor acepte la asignación*.
- Usted paga 20 % por servicios de salud mental ambulatorios (consultas al médico u otro proveedor de servicios de salud para recibir un diagnóstico de su afección o supervisar o modificar las recetas o para el tratamiento ambulatorio de su condición [por ejemplo, asesoramiento o psicoterapia] para proveedores que acepten la asignación).
- Si no puede afrontar estos costos, hay programas que pueden ayudarlo. Más adelante analizaremos dichos programas.

*La asignación es un acuerdo entre Medicare y los proveedores de atención médica para aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago completo. Usted paga los deducibles y un coseguro (generalmente el 20 % de la cantidad aprobada). Si la asignación se rechaza, los proveedores podrán cobrarle hasta un 15 % de la cantidad aprobada (llamado también "carga límite") y es posible que deba pagar el monto total por adelantado. Entre los servicios cubiertos se incluyen los servicios del doctor necesarios por razones médicas; terapia ambulatoria, como por ejemplo fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional sujeta a límites; la mayoría de los servicios preventivos; equipos médicos duraderos; y sangre que recibe como paciente ambulatorio que se no reemplazó después de las primeras 3 pintas.

Pago de la prima mensual de la Parte B

- Deducida mensualmente de
 - Pagos de los beneficios del Seguro social
 - Pagos de los beneficios de retiro ferroviario
 - Pagos de los beneficios de retiro federal
- Si no se deducen
 - Se factura cada 3 meses
 - Con el sistema Medicare Easy Pay se puede debitar de una cuenta bancaria
- Contacte a su Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o la Oficina de Manejo de Personal sobre las primas.

La prima de la Parte B generalmente se deduce de los pagos mensuales de beneficios del Seguro Social, retiro ferroviario o retiro federal

Si usted no recibe un pago por retiro o si sus pagos no son suficientes para cubrir la prima recibirá una factura de Medicare por las primas de la Parte B. La factura puede pagarse con tarjeta de crédito, cheque o giro postal.

Para más información sobre las primas de Medicare Parte B, llame al Seguro Social, a la Junta de Retiro Ferroviario o a la Oficina de Manejo de Personal para los empleados federales retirados.

Si no puede afrontar estos costos, hay programas que pueden ayudarlo. Más adelante analizaremos dichos programas.

Multa por inscripción tardía a la Parte B

- **Vea cómo funciona su seguro con Medicare**
 - Póngase en contacto con su administrador de beneficios del sindicato o del empleador
- **Multa por no inscribirse la primera vez que fue elegible**
 - 10% más por cada período completo de 12 meses
 - Puede tener una multa mientras tenga la Parte B
- **Inscribirse durante un Período Especial**
- **de Inscripción** En general no se aplica multa si se inscribe dentro de los 8 meses de la finalización de la cobertura de su empleador.

Si no obtiene la Parte B cuando es elegible por primera vez, puede tener que esperar a inscribirse durante un Período de inscripción general (GEP), que va desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. La cobertura entrará en vigencia el 1 de julio de ese año.

Si no opta por la Parte B cuando es elegible por primera vez, deberá pagar una multa de la prima del 10 % por cada período de 12 meses que haya pasado sin inscribirse a la Parte B, excepto situaciones especiales. En la mayoría de los casos, deberá pagar dicha multa mientras tenga la Parte B.

Si tiene cobertura por empleador (incluidos empleos estatales o federales, pero no el servicio militar) o por sindicato mientras usted o su cónyuge (o miembro familiar si usted está incapacitado) siguen trabajando, sus derechos de inscripción a la Parte B pueden verse afectados. Si tiene cobertura a través de un empleo activo (suyo o de su cónyuge), tiene un Período Especial de Inscripción (SEP). Esto implica que podrá inscribirse a la Parte B en cualquier momento en que usted o su cónyuge (o algún miembro de su familia, si está incapacitado) estén trabajando, y tengan cobertura por un plan de salud grupal a través del empleador o sindicato por ese trabajo; o durante el período de 8 meses que comienza el mes después de que finaliza el trabajo o la cobertura del plan de salud grupal, lo que suceda primero. Generalmente, no tiene que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe durante un SEP. Este SEP no corresponde para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD en inglés).

Debe contactarse con el administrador de beneficios del sindicato o del empleador para saber de qué manera funciona su seguro con Medicare y si lo beneficia demorar la inscripción en la Parte B.

Ejemplo de multa por inscripción tardía a la Parte B

María retrasó su inscripción en la Parte B durante 2 años completos cuando era elegible. Pagará una multa del 10% por cada período de 12 meses completo de demora. La multa se agrega a la prima mensual de la Parte B. Para 2016, su prima se calculará de la siguiente forma:

\$121.80 (prima estándar de la Parte B de 2016)
+ \$24.36 (20 % of \$121.80 [2 X 10%])
\$146.16 (Redondeado)
\$146.20 (Prima de María de la Parte B para 2016)

Este es un ejemplo de cómo podría calcular la multa por inscripción tardía en la Parte B.

María retrasó su inscripción en la Parte B durante 2 años completos cuando era elegible. Pagará una multa del 10% por cada período de 12 meses completo de demora. La multa se agrega a la prima mensual de la Parte B (\$121.80 en 2016). Para 2016, su prima se calculará de la siguiente forma:

\$121.80 (prima estándar de la Parte B de 2016)
+ \$24.36 (20% of \$121.80 [2 X 10%])
\$146.16 (Redondeado)
\$146.20 (Prima de María de la Parte B para 2016)

Cuándo debe tener la Parte B

- Si desea adquirir una póliza Medigap
- Si desea inscribirse en un Plan Medicare Advantage
- Si es elegible para TFL o CHAMPVA
- Si su cobertura por empleador así lo exige (menos de 20 empleados)
 - Hable con su administrador de beneficios del sindicato o del empleador
- Los beneficios para asuntos de los veteranos (VA) son independientes de los de Medicare
 - Pagará una multa si se inscribe tarde o si no se inscribe durante el Período de Inscripción Inicial

Debe tener la Parte B si

- Desea adquirir una póliza Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
- Desea inscribirse en un Plan Medicare Advantage
- Es elegible para TRICARE for Life (TFL)* o para el Programa de Salud Civil y Médico del Departamento de Asuntos de Veteranos (CHAMPVA en inglés)
- La cobertura del empleador le exige a usted o a su cónyuge o miembro de la familia que lo tenga; menos de 20 empleados (hable con su administrador de beneficios del sindicato o empleador)

Los beneficios para asuntos de los veteranos (VA) son independientes de los de Medicare. Con beneficios para veteranos, puede elegir no inscribirse en la Parte B, pero pagará una multa si no se inscribe en la Parte B durante el Período de Inscripción Inicial (visite VA.gov). Si tiene cobertura por VA, no será elegible para inscribirse en la Parte B utilizando el Período Especial de Inscripción (SEP).

*TFL ofrece cobertura médica ampliada a las personas de 65 años o mayores jubiladas de servicios militares elegibles para Medicare, a los miembros elegibles de la familia y sobrevivientes, y a ciertos ex cónyuges. **Debe** tener Medicare Parte A (Seguro de hospital) y Medicare Parte B (Seguro médico) para obtener los beneficios de TFL. No obstante, si es un miembro de las fuerzas armadas en servicio activo, o cónyuge o hijo dependiente de un miembro de las fuerzas armadas en servicio activo, no tiene que inscribirse a la Parte B para conservar la cobertura de TRICARE. Cuando esa persona se retire, usted deberá inscribirse para la Parte B para conservar la cobertura de TFL. Puede conseguir la Parte B durante un Período especial de inscripción si tiene Medicare porque tiene 65 años o más, o está incapacitado. Para obtener más información, visite: Tricare.mil/mybenefit.

Para conservar su cobertura de CHAMPVA debe tener Parte A y Parte B.

NOTA: Consulte también Medicare.gov/Pubs/pdf/02179.pdf para obtener más información sobre "Quién paga primero".

Compruebe su conocimiento: pregunta 1

La prima de la Parte B que la mayoría de las personas con Medicare pagará en 2015 es \$104.90.

- a. Verdadero
- b. Falso

Compruebe su conocimiento: Pregunta 1

- a. Verdadero
- b. Falso

Respuesta: 1. Verdadero

La prima mensual estándar de Medicare Parte B es \$104.90 en 2015. La mayoría de los beneficiarios pagará la prima estándar.

Compruebe su conocimiento: pregunta 2

Medicare usa un "período de beneficios" para medir su uso de cuál de los siguientes servicios

- a. Internación hospitalaria
- b. Internación en un centro de enfermería especializada
- c. Episodios de cuidado de la salud en el hogar
- d. Todo lo anterior
- e. a y b

Compruebe su conocimiento: Pregunta 2

Medicare usa un "período de beneficios" para medir su uso de cuál de los siguientes servicios

- a. Internación hospitalaria
- b. Internación en un centro de enfermería especializada
- c. Episodios de cuidado de la salud en el hogar
- d. Todo lo anterior
- e. a y b

RESPUESTA: e. a y b (internación hospitalaria e internación en un centro de enfermería especializada)

Un período de beneficios se refiere a la forma en la que Medicare Original mide su uso de servicios de internación en hospital y de centros de enfermería especializada (SNF) con un deducible de \$1,260 y sin coseguro por los días 1 a 60 de cada período de beneficios.

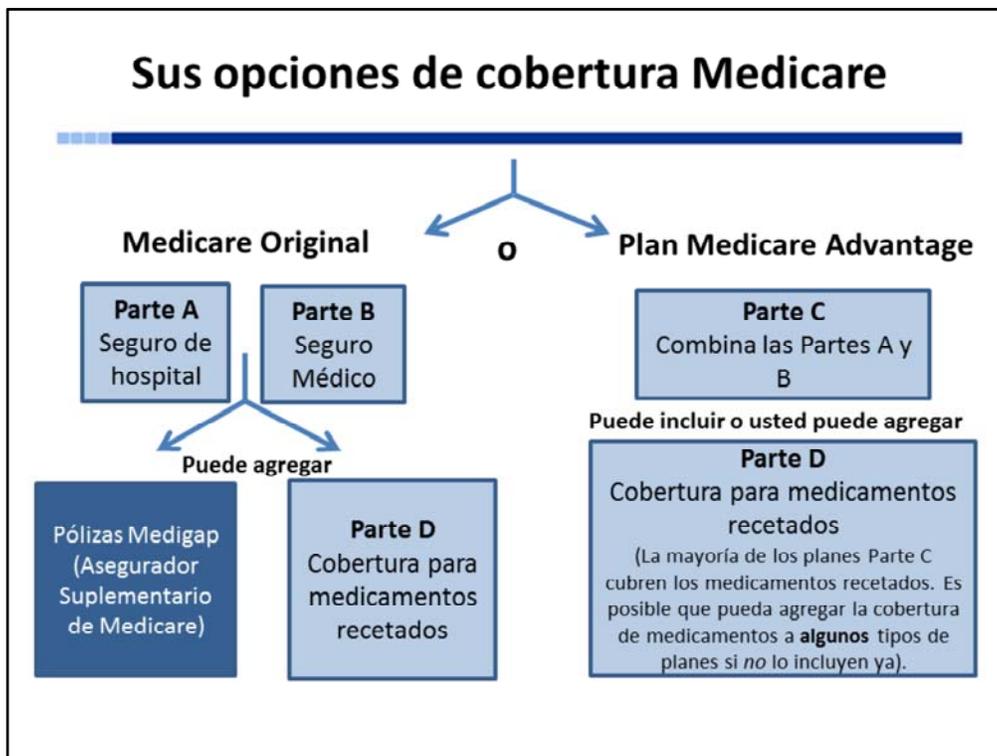
El cuidado de hospicio se ofrece en períodos de beneficios. Puede recibir cuidado de hospicio durante dos períodos de 90 días, seguidos de una cantidad ilimitada de períodos de 60 días. El uso del término "período de beneficio" no se incluye en esta medida, dado que el beneficio de hospicio es un beneficio independiente para los pacientes terminales en el que el deducible de internación no se aplica.

Lección 2: Opciones de cobertura de Medicare

- Sus opciones de cobertura Medicare
- Medicare Original (Parte A y Parte B)
 - Asignación
 - Contratos Privados
- Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
- Cobertura Medicare para medicamentos recetados (Parte D)
- Planes Medicare Advantage (Parte C)
- Otros planes de salud de Medicare

Lección 2, “Sus opciones de cobertura de Medicare,” explica

- Sus opciones de cobertura Medicare
- Medicare Original (Parte A y Parte B)
 - Asignación
 - Contratos Privados
- Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
- Cobertura Medicare para medicamentos recetados (Parte D)
- Planes Medicare Advantage (Parte C)
- Otros planes de salud de Medicare



Hay 2 formas principales de obtener su cobertura de Medicare: Medicare Original o los Planes Medicare Advantage (MA) Puede elegir de qué manera conseguir la cobertura:

1. En Medicare Original se incluyen la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). Puede optar por comprar una póliza Medigap (debe tener Parte A y Parte B) para cubrir algunos costos que no están cubiertos en Medicare Original. También puede elegir comprar una cobertura Medicare para Medicamentos Recetados (Parte D) a un Plan Medicare para Medicamentos Recetados (PDP en inglés) (puede tener solo Parte A, solo Parte B o ambas).
2. Los planes MA (Parte C), como una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO en inglés) o una Organización de proveedores preferidos (PPO en inglés), cubren los servicios y suministros de las Partes A y B. Además, puede incluir la cobertura Medicare para medicamentos recetados (MA-PD). Si desea incorporar la Parte D a los planes MA, puede incorporarse a los Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA en inglés) o al plan privado de pago por servicio; no puede incorporarse a un plan HMO o PPO sin cobertura de medicamentos*.

Las pólizas de Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare) no funcionan con estos planes. Si se incorpora a un Plan MA, no puede usar la póliza Medigap para pagar por los gastos directos de su bolsillo que tiene en el Plan MA.

*Visite [Medicare.gov/Pubs/pdf/11135-S.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11135-S.pdf) para acceder a la publicación "Cómo funciona la cobertura de medicamentos recetados con un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costo Medicare".

Medicare Original

- Opción de cuidado de la salud administrada por el gobierno federal.
- Le ofrece cobertura la Parte A y/o Parte B
- Consulte a cualquier médico y visite cualquier hospital que acepte Medicare
- Usted paga
 - La prima de la Parte B (en general, la Parte A es sin prima)
 - Deducibles, coseguro o copagos
- Obtenga el aviso de resumen de Medicare
- Puede unirse a la Parte D para obtener cobertura de medicamentos

Medicare Original es una de las opciones de cobertura del programa Medicare. Estará en Medicare Original a menos que elija unirse a un Plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare. Medicare Original es un programa de pago por servicio administrado por el gobierno federal. Con Medicare Original puede ir a cualquier médico, proveedor, hospital o centro que acepte Medicare y que también acepte pacientes nuevos con Medicare.

Si tiene Medicare Parte A podrá acceder a todos los servicios necesarios por razones médicas cubiertos por la Parte A. Si tiene Medicare Parte B podrá acceder a todos los servicios necesarios por razones médicas cubiertos por la Parte B. Como dijimos, la mayoría de la gente no paga prima por la Parte A. Por Medicare Parte B se paga una prima mensual. La prima mensual estándar de Medicare Parte B es \$104.90 en 2015.

En Medicare Original también pagará deducibles, coseguro o copagos. Después de recibir los servicios de cuidado de la salud recibirá por correo una notificación llamada "Aviso de resumen de Medicare" (MSN en inglés), que detalla los servicios que recibió, cuánto se cobró, qué pagó Medicare y cuánto es posible que le facturen a usted. Si no está de acuerdo con la información del MSN o con alguna factura que reciba puede presentar una apelación. El MSN incluye información sobre cómo presentar la apelación.

Si está en Medicare Original también puede inscribirse en un Plan Medicare para Medicamentos Recetados (Parte D) para añadir cobertura de medicamentos.

Asignación

- El médico o proveedor ***acepta la asignación***
 - Acuerdo firmado con Medicare
 - O lo exige la ley.
 - Acepta el monto aprobado por Medicare
 - Como pago completo por los servicios cubiertos
 - Solo cobre el monto de deducible/coseguro de Medicare
- La mayoría acepta la asignación
 - Envían la reclamación directamente a Medicare

La asignación significa que su médico o proveedor acuerda (o está obligado por ley) a aceptar el monto aprobado por Medicare como pago completo por los servicios cubiertos.

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

Esto es lo que ocurrirá si su médico o proveedor acepta la asignación:

- Los gastos directos de su bolsillo podrían ser menores.
- Ellos acuerdan cobrarle solo el deducible de Medicare y el monto del coseguro, y en general esperan a que Medicare pague su parte antes de pedirle a usted que pague la suya.
- Tienen que presentar su reclamación directamente a Medicare y no pueden cobrarle a usted por presentar la reclamación.

En algunos casos los médicos o proveedores están obligados a aceptar una asignación, por ejemplo, cuando tienen un acuerdo de participación con Medicare y le brindan servicios cubiertos por Medicare.

Si no aceptan la asignación

- Los proveedores que no aceptan la asignación
 - Pueden cobrarle más
 - El límite es un cargo un 15% mayor
 - Es posible que tenga que pagar el costo completo al momento de recibir el servicio
- Los proveedores a veces están obligados a aceptar la asignación
 - Medicamentos recetados cubiertos por Medicare Parte B
 - Proveedores de ambulancias

Los proveedores “no participantes” no hayan firmado un acuerdo para aceptar asignaciones por todos los servicios cubiertos por Medicare pero pueden optar por aceptar la asignación de servicios en forma individual.

Esto es lo que ocurrirá si su médico o proveedor no acepta la asignación:

- Es posible que tenga que pagar el costo completo al momento de recibir el servicio Su médico o proveedor deben enviar una reclamación a Medicare por los servicios cubiertos por Medicare que le hayan brindado. No pueden cobrarle por presentar la reclamación. Si no presentan la reclamación cuando usted se los pide, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. En algunos casos, es posible que tenga que presentar su propia reclamación ante Medicare con el formulario CMS-1490S para que le reembolsen el pago. Visite [Medicare.gov/forms-help-and-resources/forms/medicare-forms.html](https://www.Medicare.gov/forms-help-and-resources/forms/medicare-forms.html) para obtener el formulario y recibir instrucciones.
- Pueden cobrarle más que el monto aprobado por Medicare pero existe un límite llamado "cargo máximo" o "cargo excesivo". El proveedor solo puede cobrarle un 15% más que el monto que se les paga a los proveedores no participantes. Los proveedores no participantes reciben el 95% del monto establecido para la tarifa. El cargo máximo se aplica solo a ciertos servicios cubiertos por Medicare y no se aplica a ciertos suministros y equipo médico duradero.

Para saber si sus médicos, proveedores u otros proveedores de atención médica aceptan la asignación o participan en Medicare, visite [Medicare.gov/physician](https://www.Medicare.gov/physician) o [Medicare.gov/supplier](https://www.Medicare.gov/supplier).

Si obtiene medicamentos recetados o suministros cubiertos por Medicare Parte B de un proveedor o una farmacia no inscriptos en el programa Medicare, ellos deben presentar una reclamación a Medicare por todos los servicios cubiertos por Medicare que le hayan brindado. No pueden cobrarle por presentar la reclamación. Si no presentan la reclamación cuando usted se los pide, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Contratos Privados

- Acuerdo entre usted y su médico
 - El médico no le brinda servicios a través de Medicare
 - Medicare Original y Medigap no pagarán
 - Otros planes de Medicare no pagarán
 - Pagará el monto total de los servicios que le brinden
 - No debe presentar una reclamación
 - No se puede solicitar la firma en una emergencia
 - El médico no puede facturar a Medicare durante 2 años por los servicios suministrados a alguien con Medicare

Un contrato privado es un acuerdo entre usted y el médico que ha decidido no brindar sus servicios a través de Medicare. El contrato privado sólo aplica a los servicios brindados por el médico que le pidió que lo firmara. Esto significa que las pólizas de Medicare y Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare) no pagarán por los servicios que reciba del médico con quien usted ha firmado un contrato privado. No pueden pedirle que firme un contrato privado en una emergencia o para recibir atención que necesita en forma urgente. Usted sigue teniendo derecho a ver a otros médicos de Medicare para recibir otros servicios.

Si firma un contrato privado con su médico

- Medicare no hará ningún servicio por los servicios que reciba de ese médico.
- Su póliza Medigap, si la tiene, no pagará nada por ese servicio.
- Deberá pagar el costo que le cobre este médico o proveedor. (no aplica el cargo máximo de Medicare).
- Otros planes de Medicare no pagarán por estos servicios.
- No debe presentar ninguna reclamación y Medicare no la pagará si la presenta.
- Otros planes de Medicare tampoco pagarán por estos servicios.
- El médico no puede facturar a Medicare durante 2 años por los servicios suministrados a alguien con Medicare.

Asegurador Suplementario de Medicare

- Pólizas Medigap
 - Son un seguro médico privado
 - suplementario a Medicare Original
 - Para tener cobertura de Medigap debe tener Medicare Parte A y Parte B.
 - Ayuda a pagar algunos costos médicos que Medicare Original no cubre (brechas en la cobertura)
 - Medicare pagará su parte de los montos aprobados por Medicare por costos médicos cubiertos
 - Luego su póliza Medigap pagará su parte
 - Cada póliza Medigap cubre a una sola persona

Una póliza de Asegurador Suplementario de Medicare (a menudo llamada Medigap) es un seguro médico privado diseñado para ser un suplemento de Medicare Original.

Esto significa que ayuda a pagar algunos costos médicos no cubiertos por Medicare Original (como copagos, coseguros y deducibles). Estas son "brechas" en la cobertura de Medicare. Si tiene Medicare Original y una póliza Medigap, Medicare pagará su parte de los montos aprobados por Medicare de los costos médicos cubiertos. Luego su póliza Medigap pagará su parte

- Para tener cobertura de Medigap debe tener Medicare Parte A y Parte B.
- Usted paga una prima mensual a la compañía de seguros privada por su póliza Medigap, además de la prima mensual de la Parte B.

Las pólizas Medigap sólo cubren a una persona. Si usted y su cónyuge quieren tener cobertura Medigap necesitarán tener dos pólizas Medigap separadas.

NOTA: Módulo 3, "Medigap (Seguro Suplementario de Medicare)" describe estas situaciones en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html).

Planes Medigap

- Planes estandarizados identificados con una letra
 - Actualmente se comercializan los planes A, B, C, D, F, G, K, L, M y N.
 - Las compañías no están obligadas a vender todos los planes
 - Los planes E, H, I y J existen pero ya no se venden
 - Los planes con la misma letra deben ofrecer los mismos beneficios básicos
 - Lo único que varía entre compañías es el costo de la póliza
- Los estados exentos (Massachusetts, Minnesota y Wisconsin) tienen distintos estándares.

En la mayoría de los estados las compañías de seguros que ofrecen Medigap solo pueden venderle una póliza Medigap estándar identificada con las letras A, B, C, D, F, G, K, L, M y N. Los planes D y G con fecha de entrada en vigencia del 1 de junio de 2010 o posterior tienen beneficios diferentes a los planes D y G comprados antes del 1 de junio de 2010. Los planes E, H, I y J ya no se venden pero, si usted ya los tiene, en general puede retenerlos. El plan F tiene una opción de deducible alto.

Cada plan Medigap estándar debe ofrecer los mismos beneficios básicos, sin importar qué compañía de seguros lo venda. Los beneficios de los planes Medigap que estén identificados con la misma letra son iguales, independientemente de la compañía de seguros a la que le haya comprado la póliza. En general, el costo es la única diferencia entre las pólizas Medigap con la misma letra pero vendidas por distintas compañías de seguro. Le recomendamos que sea cuidadoso al comprar su póliza Medigap.

Las compañías de seguro que venden pólizas Medigap están obligadas a tener el Plan A disponible. Si ofrecen otro plan Medigap, también deben ofrecer los planes Medigap C o F. Es posible que no todos los tipos de póliza Medigap estén disponibles en su estado. Si necesita más información, llame al Departamento de Seguros de su estado o al Programa de Asistencia con el Seguro Médico del estado. Encontrará la información de contacto en Medicare.gov, en la sección "contactos útiles".

Es posible que algunas personas aún tengan pólizas que compraron antes de que se estandarizaran los planes. Si es así, pueden conservar estos planes. Si los dejan, es posible que no puedan comprarlos nuevamente.

Las pólizas Medigap están estandarizadas de forma diferente en Massachusetts, Minnesota y Wisconsin. Estos estados se denominan "estados exentos".

NOTA: Ver "Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)," en el Módulo 3 para obtener más información en [CMS.gov/Outreach-and-Education/ Training/ CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html](http://CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html).

Pólizas Medigap

- Paga una prima mensual.
- Los costos varían según el plan, la compañía, su edad y la ubicación.
- Sigue leyes federales o estatales que lo protegen.
- Período de Inscripción Abierta Medigap
 - Comienza cuando tiene 65 años y ya está inscripto en la Parte B
 - Una vez que comienza el período, no puede demorarse ni repetirse.
- No funciona con Medicare Advantage
- Sin redes, a menos que cuente con una póliza Medicare SELECT

Usted paga una prima mensual por su póliza Medigap a la compañía de seguros que la vende. Con una póliza Medigap los costos varían según el plan, la compañía, su edad y la ubicación.

Deben seguir leyes federales y estatales que protegen a las personas con Medicare.

Su Período de Inscripción Abierta (OEP en inglés) para Medigap comienza cuando tiene 65 años y está inscripto en la Parte B. Una vez que comienza, no puede demorarse ni repetirse. Durante su OEP para Medigap, las compañías de seguros no pueden

- Realizar una evaluación médica previa*
- Rehusarse a venderle una póliza Medigap que ofrecen.
- Cobrarle por una póliza Medigap más de lo que le cobran a alguien sin problemas médicos
- Obligarlo a esperar que comience la cobertura (excepto en ciertas circunstancias preexistentes)

Puede comprar una póliza de Medigap cuando sea que una compañía acceda a venderle una.

Las pólizas de Medigap no funcionan con los planes Medicare Advantage.

Las pólizas Medigap pagan por servicios cubiertos por Medicare que brinde cualquier médico, hospital o proveedor que acepte Medicare.

- La excepción son las pólizas Medicare SELECT, que requieren que usted use hospitales específicos y, en algunos casos, médicos específicos para acceder a todos los beneficios.

* La evaluación médica previa es un proceso que las compañías de seguro usan para decidir, sobre la base de sus antecedentes médicos, si aceptar su solicitud de cobertura, si agregar un período de espera para afecciones preexistentes y cuánto cobrarle.

Período de Inscripción Abierta (OEP) demorado para Medigap

- Si se demora en inscribirse en Medicare Parte B
 - Porque usted o su cónyuge todavía están trabajando, y
 - tiene cobertura médica grupal
- Se demora el OEP para Medigap
 - Hasta que tenga 65 años **y** esté inscripto en la Parte B
 - Sin multa por inscripción tardía
- Notifique al Seguro Social si desea demorar la inscripción a la Parte B

Si tiene cobertura por un plan de salud grupal a través de un empleador o un sindicato porque usted o su cónyuge están trabajando activamente en este momento, quizás prefiera esperar para inscribirse en Medicare Parte B. Esto se debe a que los beneficios basados en su empleo actual a menudo ofrecen una cobertura similar a la de la Parte B, y usted estaría pagando la Parte B antes de necesitarla. Además, su Período de Inscripción Abierta para Medigap podría finalizar antes de que le resulte útil una póliza Medigap.

Cuando finalice la cobertura del empleador tendrá la oportunidad de inscribirse en la Parte B sin una multa por inscripción tardía, lo que significa que su OEP para Medigap comenzará cuando pueda aprovecharlo. Si se inscribe en la Parte B mientras todavía tiene cobertura por su empleo actual comenzará su OEP para Medigap y, a menos que compre una póliza Medigap antes de necesitarla, se perderá el OEP. Si su cónyuge todavía está trabajando y usted tiene cobertura a través de un empleador, póngase en contacto con su administrador de beneficios del empleador o del sindicato para descubrir cómo funciona su seguro con Medicare.

Si no se va a inscribir en la Parte B debido a que tiene empleo actualmente, es importante que notifique al Seguro Social que desea demorar la Parte B.

NOTA: Recuerde que, si se inscribió en la Parte B cuando tenía cobertura de su empleador, no tendrá otro OEP para Medigap cuando termine su cobertura del empleador. Para comprar una póliza de Medigap debe tener Medicare Parte A y Parte B.

Condiciones preexistentes y Medigap

- Un problema de salud que usted tenía antes de que comience la nueva póliza de seguro médico
 - Tratado o diagnosticado 6 meses antes de la fecha de inicio de la cobertura
- Período de espera por condición preexistente
 - Las compañías de seguro pueden negarse a cubrir los costos directos de su bolsillo relacionados con condiciones excluidas por hasta 6 meses (“período retrospectivo”)
 - Sin 6 meses de cobertura previa acreditable y sin brecha en la cobertura de más de 63 días

La Ley de Atención Médica Asequible no afecta el período de espera por condición preexistente para la cobertura de Medigap.

Es posible que la compañía de seguros lo haga esperar para recibir cobertura relacionada con una condición preexistente (es decir, un problema que comenzó antes de la fecha de inicio de su nueva póliza de seguros) por hasta 6 meses. Esto se llama “período de espera por condición preexistente”. Después de 6 meses, la póliza Medigap cubrirá la condición preexistente.

La cobertura para una condición preexistente solo puede excluirse de una póliza Medigap si la condición se trató o diagnosticó dentro de los 6 meses previos a la fecha de inicio de la cobertura de Medigap. Esto se llama “período retrospectivo”. Medicare Original seguirá cubriendo la condición, incluso si la póliza Medigap no cubre los gastos directos de su bolsillo, pero usted deberá pagar el coseguro o copago de Medicare.

Si compra una póliza Medigap durante su Período de Inscripción Abierta y lo hace para reemplazar cierto tipo de cobertura médica denominada “cobertura acreditable” (en general, cualquier otra cobertura médica que tuviera antes de solicitar la póliza Medigap), es posible evitar o acortar este período de espera. Si tuvo al menos 6 meses de cobertura previa acreditable (sin brechas de cobertura de más de 63 días), la compañía de seguro de Medigap no puede obligarlo a esperar antes de comenzar a cubrir sus condiciones preexistentes. Puede obtener más información sobre la cobertura acreditable revisando el Código de regulaciones federales, 45 CFR 146.113 en [ecfr.gov/cgi-bin/ECFR?page=browse](https://www.ecfr.gov/cgi-bin/ECFR?page=browse).

Si compra una póliza Medigap y tiene derecho de emisión garantizada la compañía de seguros no puede aplicar un período de espera por condición preexistente. Vea la Lección 3 para recibir más información sobre “Derechos de Emisión Garantizada”.

Medigap para personas con una incapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD en inglés)

- Es posible que las personas con una incapacidad o ESRD no puedan comprar una póliza hasta que cumplan 65 años
 - Algunos estados exigen a los aseguradores que vendan pólizas Medigap a las personas con incapacidades o ESRD
- Las compañías pueden venderles pólizas Medigap voluntariamente
 - Es posible que cuesten más que las pólizas que se venden a las personas de más de 65 años
 - Pueden realizar una evaluación médica previa
- Tiene un Período de Inscripción Abierta Medigap a los 65 años

Si tiene menos de 65 años y tiene Medicare por una incapacidad o una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), es posible que no pueda comprar la póliza Medigap que quiere, o cualquier póliza Medigap, hasta que cumpla 65 años. La ley federal no obliga a las compañías de seguro a vender pólizas Medigap a las personas de menos de 65 años. Sin embargo, en los siguientes estados es obligatorio que las compañías de seguros de Medigap le vendan una póliza Medigap, incluso si tiene menos de 65 años:

- California, Colorado, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Hawái, Illinois, Kansas, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, South Dakota, Tennessee, Texas, Vermont y Wisconsin

No obstante, Medigap no está disponible para personas con ESRD de menos de 65 años en California, Massachusetts ni Vermont. En Delaware, Medigap solo está disponible para personas de menos de 65 años con ESRD.

Incluso si su estado no está en la lista anterior, algunas compañías de seguro pueden venderle pólizas Medigap en forma voluntaria a personas de menos de 65 años, aunque es probable que cuesten más que las pólizas Medigap que se venden a personas de más de 65 años y es posible que se aplique la evaluación médica previa. Verifique con el Departamento de Seguros de su estado (consulte el Apéndice B para obtener una lista de los números de teléfono) cuáles son sus derechos según la ley estatal.

Recuerde que si ya está inscripto en Medicare Parte B, tendrá un Período de Inscripción Abierta para Medigap cuando cumpla 65 años. Es probable que tenga más opciones de pólizas Medigap y pueda pagar una prima más baja en ese momento. Durante su OEP para Medigap, las compañías de seguro no pueden negarse a venderle una póliza de Medigap debido a una incapacidad u otro problema de salud, ni cobrarle una prima más alta (en base a su estado de salud) que la que le cobran a las otras personas que tienen 65 años.

Dado que Medicare (Parte A y/o Parte B) es cobertura acreditable, si tuvo Medicare durante más de 6 meses antes de cumplir 65 años, es posible que no tenga un período de espera por condición preexistente.

Derecho a suspender Medigap para personas con Medicaid

- Si tiene Medicare y Medicaid
 - En general no puede adquirir una póliza Medigap
- Puede suspender su póliza Medigap
 - Dentro de los 90 días de obtener Medicaid
 - Por hasta 2 años
- Puede retomarla nuevamente
 - Sin evaluación médica previa ni períodos de espera

Si tiene tanto Medicare como Medicaid, la mayoría de sus costos médicos estarán cubiertos. Medicaid es un programa conjunto federal y estatal y la cobertura varía de estado en estado. Las personas con Medicaid pueden tener cobertura para cosas que Medicare no cubre, como algunos asilos de ancianos y cuidado de la salud en el hogar.

Si ya tiene Medicaid, la ley no permite que las compañías de seguros le vendan una póliza Medigap, a menos que se cumpla uno de los siguientes requisitos:

- Medicaid paga su prima de Medigap
- Medicaid solo paga una parte o la totalidad de su prima de la Parte B

Recuerde que la compañía de seguros puede usar una evaluación médica previa que podría afectar la aceptación, el costo y la fecha de la cobertura.

Hay algunas cosas que debe saber si tiene una póliza Medigap y luego es elegible para Medicaid:

- Puede poner su póliza Medigap en espera (suspenderla) dentro de los 90 días de obtener Medicaid.
- Puede suspender su póliza Medigap por hasta 2 años. No obstante, puede elegir por mantener su póliza Medigap activa para poder consultar médicos que no aceptan Medicaid, o si deja de cumplir con los requisitos de reducción de gastos de Medicaid.
- Al final de la suspensión puede reiniciar la póliza Medigap sin una nueva evaluación médica previa ni período de espera por condición preexistente.

NOTA: Si suspende una póliza Medigap que compró antes de enero de 2006 que incluía cobertura de medicamentos recetados, puede volver a tener la misma póliza Medigap pero sin cobertura de medicamentos recetados.

Compruebe su conocimiento: pregunta 3

¿Con cuáles de estos elementos funcionan las pólizas Medigap?

- a. Medicare Original
- b. Planes Medicare Advantage
- c. Medicaid

Compruebe su conocimiento: pregunta 3

¿Con cuáles de estos elementos funcionan las pólizas Medigap?

- a. Medicare Original
- b. Planes Medicare Advantage
- c. Medicaid

Respuesta: a. Medicare Original

Una póliza Medigap es un seguro médico privado que es un suplemento de Medicare Original. Si tiene Medicare Original y una póliza Medigap, Medicare pagará por su parte de los montos aprobados por Medicare de todos los costos médicos cubiertos. Luego su póliza Medigap pagará su parte. Una póliza Medigap no es parte de Medicare.

Los Planes Medicare Advantage son un tipo de plan de salud de Medicare ofrecidos por una compañía de seguros privada que tiene un contrato con Medicare para ofrecerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B.

Si ya tiene Medicaid, la ley no permite que las compañías de seguros le vendan una póliza Medigap, a menos que:

- Medicaid pague su prima de Medigap; o
- Medicaid pague solo una parte o la totalidad de su prima de Medicare Parte B.

Si comienza a ser elegible para Medicaid y ya tiene una póliza Medigap puede suspender su póliza Medigap por hasta 2 años, siempre que notifique a su asegurador de Medigap por escrito dentro de los 90 días de obtener Medicaid.

Cobertura Medicare para medicamentos recetados (Parte D)

- ¿Qué es la Parte D?
- Planes Medicare para Medicamentos Recetados
- Costos de los Planes Medicare para Medicamentos
- Estructura estándar
- Mejor cobertura en la brecha de cobertura
- Requisitos de elegibilidad
- Cuando unirse y cambiar de plan
- Medicamentos cubiertos por la Parte D
 - Medicamentos no cubiertos
- Cómo manejan los planes el acceso a los medicamentos cubiertos
- Requisitos para los médicos que recetan



¡Nuevo!

“Cobertura Medicare para Medicamentos Recetados” explica lo siguiente:

- ¿Qué es la Parte D (Cobertura Medicare para Medicamentos Recetados)?
- Planes Medicare para Medicamentos Recetados
- Costos de los Planes Medicare para Medicamentos
- Estructura estándar
- Mejor cobertura en la brecha de cobertura
- Requisitos de elegibilidad
- Cuando unirse y cambiar de plan
- Medicamentos cubiertos por la Parte D
 - Medicamentos no cubiertos
- Cómo manejan los planes el acceso a los medicamentos cubiertos
- Requisitos para los médicos que recetan

¿Qué es la Parte D (Cobertura Medicare para Medicamentos Recetados)?

- Plan Medicare para medicamentos
 - Aprobado por Medicare
 - Lo administran compañías privadas
 - Disponible para cualquier persona con Medicare
- Debe unirse al plan para tener cobertura
- Hay 2 formas principales de obtener su cobertura:
 1. Planes Medicare para Medicamentos Recetados
 2. La mayoría de los planes de salud Medicare ofrece cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) se agrega a su cobertura de cuidado de la salud de Medicare. Ayuda a pagar por medicamentos recetados necesarios por razones médicas, tanto de marca como genéricos. A los planes de medicamentos recetados los ofrecen las compañías de seguro y otras empresas privadas aprobadas por Medicare. Todas las personas con Medicare son elegibles para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener cobertura debe inscribirse en un plan (la inscripción no es automática para la mayoría de la gente).

Hay 2 formas principales de obtener su cobertura de Medicare para medicamentos recetados:

1. Únase a un Plan Medicare para Medicamentos Recetados (PDP) Estos planes agregan cobertura a Medicare Original, y pueden agregarse a otros tipos de planes de salud Medicare (pero no a los planes Medicare Advantage [MA]).
2. Únase a un Plan MA con cobertura de medicamentos recetados (MA-PD) (como una Organización para el mantenimiento de la salud o una Organización de proveedores preferidos) u otro plan de salud Medicare que **incluya** cobertura de medicamentos recetados de Medicare. **A través de estos planes podrá tener toda su cobertura Medicare (Parte A y Parte B), incluso la cobertura de medicamentos recetados (Parte D).**

El término “Plan Medicare para medicamentos” se usa en esta presentación para hacer referencia tanto a los PDP y a los MA-PD u otros planes Medicare con cobertura de medicamentos recetados.

NOTA: Algunas pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare) ofrecían cobertura de medicamentos recetados antes del 1 de enero de 2006. Esta no es una cobertura de medicamentos de Medicare.

Planes Medicare para Medicamentos Recetados

- Pueden ser flexibles en el diseño de los beneficios
- Deben ofrecer al menos un nivel estándar de cobertura
- Varían en los costos y los medicamentos cubiertos
 - Hay diferentes niveles y/o niveles de copago
 - Deducible
 - Cobertura para medicamentos que normalmente no están cubiertos por la Parte D
- Los beneficios y los costos pueden cambiar cada año

Los planes Medicare para medicamentos pueden ser distintos unos de otros en cuanto a los medicamentos recetados que cubren, cuánto tiene que pagar y qué farmacias puede usar. Todos los planes Medicare para medicamentos deben ofrecer al menos un nivel estándar de cobertura dispuesto por Medicare. Sin embargo, los planes ofrecen distintas combinaciones de cobertura y gastos compartidos. Algunos planes pueden ofrecer más cobertura y medicamentos adicionales; generalmente por una prima mensual más alta.

La mayoría de los planes ofrecen diferentes estructuras de beneficios que incluyen niveles, copagos y/o deducibles. Los mejores planes pueden ofrecer beneficios adicionales, como cobertura en la brecha de cobertura o para medicamentos que en general no están cubiertos por Medicare Parte D.

Los beneficios del plan y sus costos pueden cambiar cada año, por eso es importante que revise y compare sus opciones de plan todos los años.

Costos de los Planes Medicare para Medicamentos Recetados

- Los costos varían según el plan
- En 2015 la mayoría de la gente pagará
 - Una prima mensual
 - Un deducible anual (si corresponde)
 - Copagos o coseguro
 - 45% de los medicamentos de marca cubiertos en la brecha de cobertura
 - 65% de los medicamentos genéricos cubiertos en la brecha de cobertura
 - Muy poco después de haber gastado \$4,700 de su bolsillo

Sus costos de cobertura de medicamentos recetados dependerá del plan que elija y otros factores, como qué medicamentos usa, a cuál plan Medicare se une, si va a una farmacia dentro de la red de su plan y si necesita ayuda adicional para pagar sus gastos de medicamentos.

La mayoría pagará una prima mensual por la cobertura Medicare para medicamentos recetados. También pagará una parte de sus costos de receta, lo que incluye un deducible (si corresponde), copagos y/o coseguro.

Contacte a su plan de medicamentos (no al Seguro Social) si desea que su prima se deduzca de su pago de Seguro Social mensual. Su primera deducción en general tomará 3 meses y probablemente le deducirán 3 meses de prima juntos.

Luego le deducirán una prima por mes. También es posible que ocurra una demora en las retenciones de las primas si cambia de plan. Si ya no quiere que le deduzcan las primas y prefiere que se las facturen directamente, contacte a su plan de medicamentos.

Cuando se encuentra en una brecha de cobertura, usted paga 45% por los medicamentos de marca cubiertos y 65% por los medicamentos genéricos cubiertos.

Con cada plan, una vez que haya pagado \$4,700 de su bolsillo por costos de medicamentos en 2015 (incluso pagos de otras fuentes, como el descuento pagado por la compañía de medicamentos en la brecha de cobertura) ya no estará en la brecha y pagará 5% (o un pequeño copago) por cada medicamento para el resto del año.

Requisitos de elegibilidad de la Parte D

- Debe tener Medicare Parte A y/o Parte B para unirse a plan Medicare para medicamentos.
- Debe tener Medicare Parte A y/o Parte B para unirse a plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.
- Debe tener Medicare Parte A y Parte B, o solo Parte B, para unirse a un plan de costos Medicare con cobertura de la Parte D.
- Debe vivir en el área de servicio del plan
 - No puede estar en la cárcel
 - No puede estar en los Estados Unidos de forma ilegal.
 - No puede vivir afuera de los Estados Unidos
- Debe unirse al plan para tener cobertura de medicamentos

A partir del
1/1/2016

Para unirse a un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, debe tener Medicare Parte A y/o Parte B. Para unirse a un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados, debe tener tanto la Parte A como la Parte B. Para unirse a un plan Medicare de costos con cobertura de medicamentos recetados debe tener Medicare Parte A y Parte B, o solo Medicare Parte B.

Cada plan tiene su propia área de servicio y usted debe vivir en ella para inscribirse. Pueden inscribirse las personas en los territorios estadounidenses, incluso Puerto Rico, las Islas Vírgenes Estadounidenses, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Si vive fuera de Estados Unidos y sus territorios, o si está en la cárcel, no es elegible para inscribirse en un plan y, por lo tanto, no puede tener cobertura de la Parte D. A partir del 1 de enero de 2016, debe estar presente en Estados Unidos de forma legal para ser elegible para inscribirse en un plan.

La cobertura de medicamentos de Medicare no es automática. Debe unirse al plan Medicare para medicamentos para tener cobertura. Por lo tanto, aunque todas las personas con Medicare pueden acceder a esta cobertura, usted debe tomar medidas para obtenerla. Si califica para recibir Ayuda Adicional para pagar por sus medicamentos recetados, Medicare lo inscribirá en un plan Medicare de medicamentos, a menos que renuncie a la cobertura o se una a un plan usted mismo. Sólo puede ser miembro de un plan Medicare de medicamentos a la vez.

Período de Inscripción Inicial (IEP en inglés) para la Parte D

- Cuando sea elegible para obtener Medicare
 - IEP de 7 meses para la Parte D

Si se une	La cobertura comienza
Durante los 3 meses <u>previos</u> a cumplir los 65 años	Fecha en la que es elegible para Medicare
Durante el mes en que cumple 65 años	El primer día del mes siguiente
Durante los 3 meses <u>posteriores</u> a cumplir los 65 años	Primer día del mes posterior al mes en el que inició la solicitud

La primera vez que es elegible para acceder a Medicare, tiene un Período de Inscripción Inicial (IEP) de 7 meses para la Parte D:

- Puede solicitar la inscripción hasta 3 meses antes del mes en el que comience a ser elegible para Medicare. La cobertura comenzará en la fecha que sea elegible para obtener Medicare.
- Si inicia la solicitud durante el mes de elegibilidad, entonces su cobertura de medicamentos de Medicare comienza el primer día del mes siguiente.
- Puede iniciar la solicitud durante los 3 meses posteriores a su mes de elegibilidad, y la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente al mes en el que inicie su solicitud.

Algunos grupos de personas que son elegibles para Medicare serán inscritos en un plan Medicare de medicamentos por CMS a menos que se unan ellos mismos. En la Lección 4 hablaremos sobre estos grupos.

NOTA: Si obtiene beneficios del Seguro Social o de Retiro Ferroviario al cumplir 65, los inscribirán automáticamente en Medicare Parte A y Parte B. Sin embargo, necesitará elegir e inscribirse en un plan de la Parte D durante su IEP si desea tener cobertura de medicamentos de Medicare. Si se inscribe después, es posible que tenga que pagar una multa.

Cuándo puede unirse o cambiar de plan

- El Período de Inscripción Abierta de Medicare es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año y la cobertura comienza el 1 de enero
- Puede dejar su Plan Medicare Advantage y volver a Medicare Original del 1 de enero al 14 de febrero de cada año
 - Tiene hasta el 14 de febrero para unirse también a un plan de la Parte D
- Si no tiene cobertura de Medicare Parte A, y se inscribe en la Parte B durante el Período de Inscripción General (1 de enero al 31 de marzo), puede inscribirse para un Plan Medicare para Medicamentos Recetados del 1 de abril al 30 de junio cada año.

- El Período de Inscripción Abierta de Medicare va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año y los cambios entran en vigencia el 1 de enero
- 1 de enero al 14 de febrero
 - Si está en un Plan Medicare Advantage, puede dejar su plan y cambiarse a Medicare Original. Si se cambia, tiene hasta el 14 de febrero para unirse también al plan Medicare de medicamentos para agregar esta cobertura. La cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su formulario de inscripción.
- 1 de abril al 30 de junio (limitado)
 - Si no tiene cobertura de Medicare Parte A, y se inscribe en la Parte B durante el Período de Inscripción General de la Parte B (1 de enero al 31 de marzo), puede inscribirse para un Plan Medicare para Medicamentos Recetados del 1 de abril al 30 de junio cada año. Su cobertura comienza el 1 de julio.

Período Especial de Inscripción (SEP en inglés)

- Los eventos de la vida que permiten un SEP incluyen:
 - Si se traslada permanentemente a un sitio distinto del área de servicio del plan.
 - Si pierde otra cobertura de medicamentos recetados acreditable
 - Si no se le informó adecuadamente sobre que su otra cobertura no era acreditable, o que la cobertura se redujo, por lo que ya no es acreditable.
 - Si ingresa a un centro de cuidado a largo plazo, vive allí o se retira de este.
 - Tiene un SEP continuo si califica para ayuda adicional
 - Usted pertenece a un programa estatal de ayuda para farmacias
 - Si se une o cambia a un plan de 5 estrellas
 - Otras circunstancias excepcionales

Puede hacer cambios en su cobertura de medicamentos recetados de Medicare cuando ocurren ciertos eventos en su vida. Estas oportunidades de hacer cambios se llaman Períodos Especiales de Inscripción (SEP). Cada SEP tiene reglas distintas sobre cuándo puede hacer cambios y el tipo de cambios que puede hacer. Estas oportunidades de hacer cambios se agregan a los períodos de inscripción regulares que ocurren cada año. Los SEP detallados a continuación son ejemplos. La lista no contempla todas las situaciones:

- Si se traslada permanentemente a un sitio distinto del área de servicio del plan.
- Si pierde otra cobertura de medicamentos recetados acreditable
- Si no se le informó adecuadamente sobre que su otra cobertura no era acreditable, o que la cobertura se redujo, por lo que ya no es acreditable.
- Cuando ingresa a un centro de cuidado a largo plazo, vive allí o se retira de este.
- Si cumple con los requisitos para recibir ayuda adicional tiene un SEP en curso y puede modificar su plan Medicare para medicamentos en cualquier momento.
- Si pertenece a un programa estatal de ayuda para farmacias
- Si se une o cambia a un plan de 5 estrellas (ver la diapositiva siguiente)
- Otras ocasiones excepcionales, como por ejemplo, si ya no clasifica para ayuda adicional.

NOTA: Es importante recordar que los SEP para las Partes B y D tienen diferentes marcos temporales en los que necesita inscribirse para tener cobertura. Es posible que sea elegible para un SEP para Medicare Parte B si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge) todavía están trabajando y tienen seguro médico a través de un empleo activo. Su SEP de la Parte B durará 8 meses y comienza el mes después de que termine su empleo. Sin embargo, su SEP de la Parte D dura solo 2 meses completos después del mes en el que finaliza su cobertura. Podrá ver las opciones de SEP si se inscribe a través del Buscador de Planes de Medicare en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov). Al chequear cualquiera de los SEP detallados usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si después se determina que la información era incorrecta, es posible que cancelen su inscripción al plan.



Período Especial de Inscripción (SEP en inglés) de 5 Estrellas

- Use la herramienta del Buscador de Planes de Medicare en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para determinar la calidad y las calificaciones de desempeño
- Las calificaciones de estrellas se otorgan una vez al año y se asignan en octubre del año anterior
- Use el SEP de 5 estrellas para cambiar a otro plan de 5 estrellas una vez
 - 8 de diciembre al 30 de noviembre del año siguiente
 - La cobertura comienza el primer día del mes después de haberse inscrito
 - Tenga precaución de no cambiar de un Plan Medicare Advantage (MA) con cobertura de medicamentos a un Plan MA **sin** cobertura de Parte D

Estimated Annual Drug Costs:[?]	Monthly Premium:[?]	Deductibles:[?] and Drug Copay[?] / Coinsurance:[?]	Drug Coverage [?], Drug Restrictions[?] and Other Programs:	Overall Star Rating:[?]	Enroll
Retail Annual: \$1,546 Mail Order Annual: N/A	\$31.80	Annual Drug Deductible: \$160 Drug Copay/ Coinsurance: \$0 - \$35, 29% - 50%	All Your Drugs on Formulary: No Drug Restrictions: No	5 stars This plan got Medicare's highest rating (5 stars)	

Los planes reciben su calificación de estrellas una vez al año, en octubre. Sin embargo, el plan no tendrá efectivamente esta calificación hasta el siguiente 1 de enero. Para conocer la información sobre la calificación de estrellas, visite el Buscador de Planes de Medicare en [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.Medicare.gov/find-a-plan). Busque la calificación general del plan para identificar los planes de 5 estrellas que puede cambiar durante este Período Especial de Inscripción (SEP). El manual “Medicare y Usted” no tiene todas las calificaciones actualizadas para este SEP.

Medicare usa información sobre encuestas de satisfacción de los miembros, los planes y los proveedores de atención médica para dar calificaciones generales de estrellas a los planes. Los planes se califican con 1 a 5 estrellas. Una calificación de 5 estrellas se considera excelente.

En cualquier momento durante el año, usted puede usar el SEP de 5 estrellas para inscribirse en un solo plan Medicare Advantage (MA) de 5 estrellas, un plan MA de 5 estrellas con cobertura para medicamentos recetados (MA-PD), un Plan Medicare para Medicamentos Recetados (PDP) de 5 estrellas, o un Plan de costos de 5 estrellas, siempre que cumpla con los requisitos para inscribirse en el plan (por ejemplo, vivir dentro del área de servicios). Si actualmente está inscrito en un plan con una calificación general de 5 estrellas, puede usar este SEP para cambiar a otro plan distinto con calificación de 5 estrellas.

CMS también creó un SEP de coordinación para los planes de medicamentos recetados. Este SEP permite que las personas que se inscriben en ciertos tipos de planes de 5 estrellas sin cobertura de medicamentos elijan un PDP, si la combinación está permitida por las normas de CMS. Puede usar el SEP de 5 estrellas para cambiar los planes una vez entre el 8 de diciembre y el 30 de noviembre del año siguiente. Una vez que se inscribe en un plan de 5 estrellas, su SEP termina para ese año y solo podrá hacer cambios durante otros períodos de inscripción adecuados. Su inscripción comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Para obtener más información, consulte la “Ayuda de Trabajo del Período de Inscripción de 5 estrellas” en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2014-5-Star-Plan-Ratings-Overview-Job-Aid.pdf](https://www.CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2014-5-Star-Plan-Ratings-Overview-Job-Aid.pdf).

NOTA: Es posible que pierda su cobertura de medicamentos recetados si usa este SEP para cambiarse de un plan con cobertura de medicamentos a otro que no la tenga. Tendrá que esperar al próximo período de inscripción aplicable para obtener cobertura de medicamentos y es posible que reciba una multa.

Multa por inscripción tardía a la Parte D

- Prima más alta si espera a inscribirse
 - Excepciones si tiene
 - Cobertura acreditable
 - Ayuda adicional
- Pagará la multa mientras tenga cobertura
 - 1% de la prima básica para beneficiarios (\$34.10 en 2016)
 - Por cada mes que haya pasado como elegible, pero que no se haya inscripto.
 - El monto cambia cada año

Si decide no unirse a un plan Medicare para medicamentos en la primera oportunidad, es posible que tenga que pagar una prima mensual más alta (multa) si se inscribe más tarde. Si tiene cobertura acreditable la primera vez que es elegible para Medicare, en general puede mantener esa cobertura y no tendrá que pagar una multa si decide inscribirse en un plan Medicare para medicamentos más adelante, siempre que se una dentro de los 63 días posteriores a la finalización de su otra cobertura de medicamentos. Tampoco tendrá que pagar una prima más alta si recibe ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados.

La multa por inscripción tardía se calcula multiplicando el 1 % de la tasa de la multa por la prima a nivel nacional para beneficiarios (\$34.10 en 2016) por la cantidad de meses completos que haya pasado sin cobertura en los que era elegible pero no se registró en ningún plan Medicare para medicamentos y durante los cuales tampoco tuvo otro tipo de cobertura acreditable. El cálculo de la multa no se basa en la prima del plan en el cual está inscripto. La cantidad total se redondea al \$0.10 más cercano y se agrega a su prima mensual. La prima a nivel nacional para beneficiarios puede aumentar por año, por eso el monto de la multa también puede aumentar. Es posible que tenga que pagar esta multa mientras tenga un plan Medicare para medicamentos.

Después de unirse a un plan Medicare para medicamentos el plan le dirá si debe una multa y cuál será su prima. Es posible que tenga que pagar esta multa mientras tenga un plan Medicare para medicamentos. Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía es posible que tenga que pedirle a Medicare una revisión o una reconsideración. Necesitará llenar un formulario de solicitud de reconsideración (que le enviará su plan), y podrá presentar evidencia que respalde su caso.

Cantidad de ajuste mensual relacionado al ingreso (IRMAA en inglés)

Su ingreso anual en 2014 presentando una declaración de impuestos individual	Su ingreso anual en 2014 presentando una declaración de impuestos conjunta	En 2016 usted paga por mes
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	La prima de su plan (YPP)
Más de \$85,000 Hasta \$107,000	Más de \$170,000 Hasta \$214,000	YPP + \$12.70*
Más de \$107,000 Hasta \$160,000	Más de \$214,000 Hasta \$320,000	YPP + \$32.80*
Más de \$160,000 Hasta \$214,000	Más de \$320,000 Hasta \$428,000	YPP + \$52.80*
Más de \$214,000	Más de \$428,000	YPP + \$72.90*

IRMAA se ajusta cada año porque se calcula a partir de la prima para beneficiarios anual.

Sólo paga la prima de su plan si su ingreso anual en 2014 fue de \$85,000 o menos para una persona, o \$170,000 o menos para una pareja.

Si informó un ingreso bruto ajustado modificado de más de \$85,000 (personas solas o casadas que declaran impuestos en forma separada) o \$170,000 (personas casadas que declaran en forma conjunta) en su declaración de impuestos al Servicio de Impuestos Internos (IRS) hace 2 años (la información de declaración de impuestos más reciente proporcionada al Seguro Social por el IRS), tendrá que pagar un importe extra por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare; este importe se llama cantidad de ajuste mensual relacionado al ingreso (IRMAA). Usted paga este importe extra además de su prima mensual del plan Medicare para medicamentos.

Si su ingreso se redujo debido a alguna de las siguientes situaciones y el cambio afecta el nivel de ingreso considerado por el Seguro Social, póngase en contacto con ellos para explicar que tiene nueva información y que es posible que deban tomar una nueva decisión con respecto a su IRMAA:

- Si se casa, divorcia o enviuda
- Si usted o su cónyuge dejan de trabajar o reducen sus horas de trabajo
- Si usted o su cónyuge pierden la propiedad que genera ingresos debido a un desastre u otro evento fuera de su control
- Si usted o su cónyuge experimentan un despido programado o inesperado o se reorganiza el plan de pensión de su empleador
- Si usted o su cónyuge recibieron la liquidación de un empleador o ex empleador debido al cierre de la organización, la declaración de bancarrota o una reorganización

Estructura estándar en 2015

La Srta. Smith se une a un plan para medicamentos recetados Su cobertura comienza el 1 de enero de 2015. No tiene ayuda adicional y usa su membresía en el plan de medicamentos de Medicare cuando compra medicamentos recetados. Paga una prima mensual durante el año.

1. Deducible anual	2. Copago o coseguro (lo que paga en la farmacia)	3. Falta de cobertura	4. Cobertura de catástrofe
La Srta. Smith paga los primeros \$320 de sus costos de medicamentos antes de que el plan empiece a pagar su parte.	La Srta. Smith paga un copago y su plan paga su parte por cada medicamento cubierto hasta que el monto combinado (más el deducible) alcance \$2,960.	Una vez que la Srta. Smith y su plan ya han gastado \$2,960 por los medicamentos cubiertos, ella se encuentra en una falta o brecha de cobertura. En 2015, ella paga 45% del costo del plan por sus medicamentos de marca cubiertos y el 65% del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos. Lo que ella paga (y le descuento que paga la compañía farmacéutica) cuenta como gasto directo de su bolsillo y la ayuda a salir de la brecha de cobertura.	Una vez que la Srta. Smith haya gastado \$4,700 de su bolsillo para el año, termina su brecha de cobertura. Ahora ella solo paga un pequeño coseguro o copago por cada medicamento cubierto hasta el final del año.

Este es un ejemplo que muestra lo que pagaría cada año en un plan Medicare para medicamentos. Muy pocos planes siguen realmente este diseño. Los costos de su plan de medicamentos pueden variar.

- **Prima mensual:** La mayoría de los planes para medicamentos cobran una tarifa mensual que varía de un plan a otro. Usted paga esto además de la prima de la Parte B (si tiene Parte B). Si pertenece a un plan Medicare Advantage (como una Organización para el mantenimiento de la salud o una Organización de proveedores preferidos) que incluya cobertura de medicamentos, la prima mensual del plan puede incluir un importe por cobertura de medicamentos recetados.
- **Deducible anual (usted paga hasta \$320 en 2015):** Este es el importe que paga cada año por sus medicamentos recetados antes de que su plan comience a pagar. Ningún plan Medicare para medicamentos puede tener un deducible de más de \$320 en 2015. Algunos planes de medicamentos no tienen deducible.
- **Copagos o coseguros (usted paga aproximadamente 25%):** Estos son los montos que paga por sus medicamentos recetados cubiertos después de haber pagado el deducible (si el plan lo tiene). Usted paga su parte y el plan para medicamentos para su parte por los medicamentos cubiertos.
- **Brecha de cobertura:** La brecha de cobertura comienza después de que usted y su plan de medicamentos han gastado cierta cantidad de dinero en medicamentos cubiertos (\$2,960 en 2015). En 2015, una vez que ingresa a la brecha de cobertura, usted paga 45% del costo del plan por sus medicamentos de marca cubiertos y 65% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que llegue al final de la brecha de cobertura. Ciertos costos cuentan para que logre salir de la brecha de cobertura, incluso su deducible anual, los coseguros y copagos, el descuento que le hacen sobre medicamentos de marca cubiertos en la brecha y lo que paga en la brecha. No obstante, la prima del plan de medicamentos, lo que paga por medicamentos no cubiertos y el descuento sobre medicamentos genéricos en la brecha no cuentan para salir de la brecha de cobertura.
- **Cobertura de catástrofe (usted paga 5%):** Una vez que alcance su límite de bolsillo (\$4,700 en 2015), saldrá de la brecha de cobertura y automáticamente tendrá cobertura de catástrofe, con la que puede pagar solo un pequeño coseguro o copago por medicamentos cubiertos por el resto del año.

Mejor beneficio en la falta de cobertura

Año	Lo que paga por medicamentos de marca en la falta	Lo que paga por medicamentos genéricos en la falta
2016	45%	58%
2017	40%	51%
2018	35%	44%
2019	30%	37%
2020	25%	25%

Una vez que alcance la falta de cobertura en 2016, pagará 45% del costo del plan por los medicamentos recetados de marca cubiertos. Tendrá acceso a estos ahorros si compra los medicamentos recetados en una farmacia o los pide por correo. El descuento se hará sobre el precio que su plan haya establecido con la farmacia para ese medicamento específico. En 2016, 95% del precio —lo que paga más el 50% de descuento del fabricante— contará como costo de su bolsillo, lo cual lo ayudará a salir de la brecha de cobertura. Lo que el plan de medicamentos paga del costo del medicamento (5% del precio) y lo que el plan de medicamentos paga de la tarifa de dispensación (55% de la tarifa) no cuentan como gastos de su bolsillo.

En 2016, Medicare pagará un 42% del precio por los medicamentos genéricos durante la falta de cobertura. Usted pagará el 58% restante del precio. Lo que paga por los medicamentos genéricos durante la falta de cobertura disminuirá cada año hasta llegar al 25% en 2020. La cobertura de medicamentos genéricos funciona distinto del descuento para medicamentos de marca. Para los medicamentos genéricos, solo el monto que paga usted contará para ayudarlo a salir de la brecha de cobertura.

Visite [Medicare.gov/part-d/costs/coverage-gap/part-d-coverage-gap.html](https://www.medicare.gov/part-d/costs/coverage-gap/part-d-coverage-gap.html) para ver ejemplos de lo que paga por medicamentos genéricos o de marca.

Si tiene un plan Medicare para medicamentos que ya incluye cobertura en la brecha, es posible que obtenga un descuento después de que la cobertura de su plan se haya aplicado al precio del medicamento. El descuento en medicamentos de marca se aplicará al monto restante que deba.

NOTA: Visite [CMS.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Downloads/11522-P.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Downloads/11522-P.pdf) para descargar la publicación, “Información que los farmacéuticos pueden usar sobre cerrar la brecha de cobertura” (CMS 11522-P), y [CMS.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Downloads/11495-P.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/Downloads/11495-P.pdf) para descargar la publicación “Información que los socios pueden usar para cerrar la brecha de cobertura” (CMS 11495-P).

Medicamentos cubiertos por la Parte D

- Medicamentos recetados de marca y genéricos
 - Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
 - Usados y vendidos en Estados Unidos
 - Usados para indicaciones médicamente aceptadas
- Incluye medicamentos, productos biológicos e insulina
 - Y suministros asociados con la inyección de insulina
- La mayoría incluye un rango de medicamentos de cada categoría.
- La cobertura y las reglas varían de un plan a otro

Los planes Medicare para medicamentos cubren medicamentos genéricos y de marca. Para recibir cobertura de Medicare un medicamento debe estar disponible sólo con receta, aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA), ser usado y vendido en Estados Unidos y utilizado para una indicación médicamente aceptada.

Medicare cubre medicamentos recetados, insulina y productos biológicos (por ej., anticuerpos, proteínas, células, etc.). Medicare también cubre los suministros médicos asociados con la inyección de insulina, como las jeringas, las agujas, algodón y gaza.

Para asegurarse de que las personas con distintas afecciones médicas puedan obtener los medicamentos que necesitan, las listas de medicamentos (formulario) de cada plan deben incluir una lista de medicamentos en cada categoría requerida. Generalmente, todos los planes Medicare para medicamentos deben cubrir al menos 2 medicamentos por categoría de fármacos, pero los planes pueden elegir qué medicamentos específicos cubren. La cobertura y las reglas varían de un plan a otro, lo que puede afectar lo que usted paga.

Incluso si la lista de medicamentos recetados de un plan no incluye su medicamento específico, en la mayoría de los casos, debería tener disponible un medicamento similar. Si usted o el médico que le receta medicamentos (su médico u otro proveedor del cuidado de la salud que está autorizado legalmente a elaborar recetas) creen que ninguno de los medicamentos dentro de la lista de su plan para medicamentos funcionará para su afección, puede pedir que se haga una excepción.

Cobertura requerida

- Todos los medicamentos en las 6 categorías protegidas
 1. Medicamentos para tratar el cáncer
 2. Tratamientos para el VIH/SIDA
 3. Antidepresivos
 4. Medicamentos antipsicóticos
 5. Tratamientos anticonvulsivos
 6. Inmunosupresores
- Todas las vacunas comercialmente disponibles
 - Excepto aquellas cubiertas bajo la Parte B (por ejemplo, la vacuna contra la gripe)

Los planes Medicare para medicamentos deben cubrir todos los medicamentos dentro de 6 categorías protegidas, para tratar determinadas condiciones médicas:

1. Medicamentos para tratar el cáncer
2. Tratamientos para el VIH/SIDA
3. Antidepresivos
4. Medicamentos antipsicóticos
5. Tratamientos anticonvulsivos para epilepsia y otras condiciones médicas
6. Inmunosupresores

Además, los planes Medicare para medicamentos cubren todas las vacunas disponibles comercialmente, incluida la vacuna contra el herpes (pero no vacunas ya cubiertas bajo la Parte B, como la vacuna contra la gripe y el neumococo). Usted o su proveedor pueden comunicarse con su plan Medicare para medicamentos, para solicitar más información acerca de la cobertura de vacunas y toda otra información adicional que puedan necesitar.

Para más información, visite [CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf).

Requisitos para los médicos que recetan

¡Nuevo!

- Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2016
- Los médicos que recetan en la Parte D deben
 - Inscribirse y estar aprobados, o
 - tener archivada una declaración jurada válida de renuncia para que sus recetas estén cubiertas en la Parte D.

CMS usa datos de eventos de medicamentos recetados para orientar los esfuerzos tendientes a evitar el fraude y el abuso y compartir los resultados del análisis de datos con los patrocinadores de la Parte D, las fuerzas de seguridad y las juntas que otorgan licencias farmacéuticas y médicas, según corresponda. Un artículo clave dentro de la política del año de contrato 2015 y cambios técnicos a Medicare Advantage (MA) y el programa de medicamentos recetados requieren que los médicos que recetan medicamentos en la Parte D se inscriban en Medicare. CMS finalizó el CMS-4159-F “Programa Medicare; Año de contrato 2015: Cambios en la política y técnicos en Medicare Advantage y en los programas de beneficios para medicamentos recetados de Medicare” el 23 de mayo de 2014. Esta regla exige que los médicos y, cuando corresponda, otros profesionales elegibles que elaboren recetas de medicamentos de la Parte D, se inscriban como aprobados o tengan una declaración jurada válida de renuncia archivada en un Contratista Administrativo de Medicare (MAC en inglés) A/B para que sus recetas estén cubiertas por la Parte D. La regulación final establecía que la fecha de entrada en vigencia para este requisito sería el 1 de junio de 2015, pero CMS demoró la entrada en vigencia de los requisitos en 42 CFR 423.120(c)(6) hasta el 1 de diciembre de 2015. CMS publicó una norma final provisional (IFC en inglés) con comentario que cambió la fecha de entrada en vigencia al 1 de enero de 2016. La CMS-6107-IFC permite a las personas con beneficios de Medicare seguir recibiendo medicamentos recetados por personas autorizadas a recetar por la ley estatal, pero que no pueden inscribirse ni renunciar a Medicare debido a las leyes que regulan los tipos de personas que pueden inscribirse. Consulte la IFC en federalregister.gov/articles/2015/05/06/2015-10545/medicare-programs-changes-to-the-requirements-for-part-d-prescribers.

Tenga en cuenta que las funciones de inscripción de médicos y otros autorizados a elaborar recetas son responsabilidad de los MAC de Parte B. Para preparar a los encargados de elaborar recetas y los patrocinadores de la Parte D para la fecha de entrada en vigencia de 1 de enero de 2016, CMS pone a disposición un archivo de inscripción que identifica a los médicos y profesionales elegibles que están inscriptos en Medicare en estado aprobado o con renuncia. La primera iteración del archivo de inscripción ahora está disponible en data.CMS.gov/dataset/Medicare-Individual-Provider-List/u8u9-2upx. Para obtener más información, visite CMS.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/SE1434.pdf.

Medicamentos excluidos de la Parte D por ley

- Medicamentos para la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usen para tratar una disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos para fines cosméticos o de estilo de vida
- Medicamentos para el alivio sintomático de tos y resfrío
- Productos recetados vitamínicos y minerales
- Medicamentos no recetados

Por ley, Medicare no cubre los siguientes medicamentos:

- Medicamentos para la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso (incluso si se usa para fines no cosméticos [como la obesidad mórbida]).
- Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usen para tratar disfunciones sexuales o eréctiles, a menos que se usen para tratar otras afecciones para las cuales la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. haya aprobado estos medicamentos. Por ejemplo, un plan Medicare de medicamentos cubre un medicamento para la disfunción eréctil si se lo utiliza para tratar el agrandamiento de la próstata (también denominado hiperplasia prostática).
- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos para fines cosméticos o de estilo de vida (por ej., crecimiento del cabello).
- Medicamentos para el alivio sintomático de tos y resfrío
- Productos recetados vitamínicos y minerales (excepto vitaminas prenatales y preparaciones fluoradas).
- Medicamentos no recetados

Los planes pueden elegir cubrir medicamentos excluidos a su propio costo o compartir el costo con usted.

Visite [CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf) (42 CFR 423.100) para obtener más información sobre medicamentos excluidos.

Cómo manejan los planes el acceso a los medicamentos

Autorización previa	<ul style="list-style-type: none">▪ El médico debe ponerse en contacto con el plan para la aprobación previa y demostrar la necesidad médica del medicamento antes de que el medicamento sea cubierto
Terapia de Pasos	<ul style="list-style-type: none">▪ Primero se debe intentar encontrar un medicamento similar más barato▪ El médico puede pedir una excepción si<ul style="list-style-type: none">• El medicamento similar y más barato no funcionó, o• El medicamento del paso es necesario por razones médicas
Límites de cantidad	<ul style="list-style-type: none">▪ El plan puede limitar las cantidades de medicamentos durante un período de tiempo por seguridad y/o costo▪ El médico puede solicitar una excepción, si la cantidad adicional fuera necesaria por razones médicas

Los planes Medicare para medicamentos manejan el acceso a los medicamentos cubiertos de varias maneras. Se conocen como “reglas de cobertura”. Estas incluyen la autorización previa, la terapia de pasos y los límites de cantidad.

Podría necesitar medicamentos que requieren autorización previa. Esto significa que antes de que su plan cubra un medicamento en particular, su médico o su encargado de recetar autorizado, en primer lugar, deben mostrar al plan que usted necesita ese medicamento en particular por razones médicas. Los planes también deben hacer eso para asegurarse de que estos medicamentos se utilicen correctamente. Comuníquese con su plan acerca de sus requisitos de autorización previa y hable con su encargado de recetas autorizado.

La terapia de pasos es un tipo de regla de cobertura. En la mayoría de los casos, primero debe probar un medicamento más barato de la lista de medicamentos del plan con efectividad comprobada en la mayoría de las personas con su afección, antes de subir al paso siguiente hacia un medicamento más costoso. Por ejemplo, algunos planes requieren que primero pruebe un medicamento genérico (si está disponible) y luego un medicamento más económico de marca de su lista de medicamentos, antes de que su plan cubra un medicamento similar de marca comercial más caro.

Sin embargo, si usted ya probó un medicamento similar y más barato pero no funcionó, o si el médico cree que, debido a su condición médica, es necesario que tome un medicamento de la terapia de pasos (el medicamento que recetó el médico originalmente), con ayuda de su médico puede contactar al plan para solicitar una excepción. Si aprueban su solicitud, el plan cubrirá el medicamento que le recetó su médico originalmente.

Por razones de seguridad y costos, los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren durante un cierto período de tiempo. Si la persona que le hace la receta considera que, debido a su condición médica, no es adecuado un límite de cantidad por razones médicas, usted o la persona encargada de la receta pueden contactar al plan para pedir una excepción. Si el plan aprueba su solicitud, el límite de cantidad no se aplicará a su receta.

Para obtener más información, visite [CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf) (consulte la Sección 30.2.2).

Formulario

- Lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan
- Podría tener niveles que cuestan diferentes importes

Ejemplo de estructura de niveles

Nivel	usted paga	medicamentos recetados que cubre
1	copago más bajo	la mayoría de los medicamentos genéricos
2	copago medio	preferido, nombre de marca comercial
3	copago alto	no preferido, nombre de marca comercial
4 o especialidad	copago más alto o coseguro	único, costo muy elevado

Cada plan Medicare para medicamentos tiene un formulario, que es una lista de medicamentos recetados que cubre. Cada formulario debe incluir una gama de medicamentos en las categorías y clases recetadas. Para ofrecer costos bajos, muchos planes colocan a los medicamentos en niveles diferentes, con distintos precios. Cada plan forma sus niveles de maneras diferentes.

Este es un ejemplo de cómo un plan forma sus niveles:

- **Nivel 1–Medicamentos genéricos** (los menos costosos): Los medicamentos de nivel 1 son medicamentos genéricos que son iguales que su contraparte de marca comercial en cuanto a seguridad, concentración, calidad, la manera en que funciona, la forma de administración y la manera en que debe usarse. Los medicamentos genéricos usan los mismos principios activos que los de marca comercial. Los fabricantes de medicamentos genéricos deben demostrar que sus productos funcionan de la misma manera que los medicamentos de marca comercial correspondientes. Son más económicos debido a la competencia del mercado. Los medicamentos genéricos se someten a exámenes exhaustivos y deben estar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). En la actualidad, la mayoría de las recetas médicas en Estados Unidos se surten con medicamentos genéricos. En algunos casos, podría no haber disponible un medicamento genérico para reemplazar el medicamento de marca comercial que usted toma. Consulte al encargado de elaborar la receta autorizado.
- **Nivel 2–Medicamentos de marca preferidos** : Los medicamentos del nivel 2 cuestan más que los del nivel 1.
- **Nivel 3–Medicamentos de marca no preferidos**: Los medicamentos del nivel 3 cuestan más que los del nivel 2.
- **Nivel 4–(o Nivel de especialidad)**: Estos medicamentos son únicos y tienen un costo muy elevado.

NOTA: En algunos casos, si su medicamento está en el nivel más elevado (el más costoso) y la persona autorizada para recetar considera que necesita ese medicamento específico, en lugar de un medicamento similar de un nivel más bajo, puede solicitar una excepción y pedir a su plan un copago inferior.

Compruebe su conocimiento: pregunta 4

La multa por inscripción tardía en la Parte D dura

- a. 12 meses
- b. 2 años
- c. Siempre que tenga cobertura
- d. 36 meses

Compruebe su conocimiento: pregunta 4

La multa por inscripción tardía en la Parte D dura

- a. 12 meses
- b. 2 años
- c. Siempre que tenga cobertura
- d. 36 meses

RESPUESTA: c. Siempre que tenga cobertura

Si decide no unirse a un plan Medicare para medicamentos en la primera oportunidad, es posible que tenga que pagar una prima mensual más alta (multa) si se inscribe más tarde. Si tiene cobertura acreditable la primera vez que es elegible para Medicare, en general puede mantener esa cobertura y no tendrá que pagar una multa si decide inscribirse en un plan Medicare para medicamentos más adelante, siempre que se una dentro de los 63 días posteriores a la finalización de su otra cobertura de medicamentos. Tampoco tendrá que pagar una prima más alta si recibe ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados.

Después de unirse a un plan Medicare para medicamentos el plan le dirá si debe una multa y cuál será su prima. Es posible que tenga que pagar esta multa mientras tenga un plan Medicare para medicamentos. Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía es posible que tenga que pedirle a Medicare una revisión o una reconsideración. Necesitará llenar un formulario de solicitud de reconsideración (que le enviará su plan), y podrá presentar evidencia que respalde su caso.

Cómo comparar planes en el Buscador de Planes de Medicare

- Busque planes de salud y para medicamentos
- Personalice su búsqueda para encontrar planes según sus necesidades
- Compare los planes en cuanto a sus estrellas, beneficios, costos y más
- Visite [Medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx](https://www.Medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx)



Visite [Medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx](https://www.Medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx) y use el Buscador de Planes de Medicare:

- Busque planes de salud y para medicamentos
- Personalice su búsqueda para encontrar planes según sus necesidades
- Compare los planes en cuanto a sus calificaciones de calidad, beneficios cubiertos, costos y más

Compare los planes Medicare para medicamentos según lo que sea más importante para su situación y sus necesidades de medicamentos. Quizás quiera preguntarse lo siguiente:

- ¿Qué plan cubre los medicamentos recetados que tomo?
- ¿Qué plan me da el mejor precio general para todos mis medicamentos recetados?
- ¿Cuáles son la prima mensual, el deducible anual y los coseguros o copagos?
- ¿Qué plan me permite usar la farmacia que quiero u obtener mis medicamentos recetados por correo?
- ¿Qué plan me da cobertura en varios estados si la necesito?
- ¿Cuál es la calificación de estrellas del plan?
- ¿Comenzará mi cobertura cuando lo necesito?
- ¿Es probable que necesite protección contra costos de medicamentos inesperados en el futuro?

Visite [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library-Items/CMS123988.html](https://www.CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library-Items/CMS123988.html).

Sitio web de práctica para utilizar con escenarios aprobados: [training.Medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx](https://www.training.Medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx).

Planes Medicare Advantage (MA) (Parte C)

- Qué son
- Cómo funcionan los planes
- Costos de los planes MA
- Quiénes pueden unirse
- Cuando unirse y cambiar de plan
- Otros planes de salud de Medicare



“Planes Medicare Advantage (MA),” explica lo siguiente:

- Qué son
- Cómo funcionan los planes
- Costos de los planes MA
- Quiénes pueden unirse
- Cuando unirse y cambiar de plan
- Otros planes de salud de Medicare

NOTA: En esta presentación el término "Planes Medicare Advantage" hace referencia a los planes con y sin cobertura de medicamentos recetados. (No incluiremos planes de Medicare Original o planes Medicare para medicamentos recetados separados). El Módulo 11 "Planes Medicare Advantage" describe este tema en más detalle en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/ CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html).

¿Qué es un Plan Medicare Advantage?

- Opciones de plan de salud
 - Aprobado por Medicare
 - Lo administran compañías privadas
- Es parte del programa de Medicare
- A veces se lo denomina Parte C
- Disponible en todo el país
- Ofrece beneficios cubiertos por Medicare
 - Puede cubrir beneficios extra

Los Planes Medicare Advantage (MA) son opciones de planes de salud aprobados por Medicare y administrados por compañías privadas.

Son parte del programa Medicare y a veces se denominan Parte C.

Los planes MA se ofrecen en muchas regiones del país en las que las compañías privadas firman un contrato con Medicare. Medicare paga estos planes privados para el cuidado de la salud de sus miembros.

Los planes MA ofrecen beneficios cubiertos por Medicare a sus miembros a través del plan y pueden obtener beneficios extra que Medicare Original no cubre, tales como servicios dentales o de la visión, o importes para gastos. El plan puede tener normas especiales que sus miembros tienen que seguir.

Cómo funcionan los planes Medicare Advantage

- Recibe servicios a través del plan
 - Todos los servicios cubiertos en la Parte A y Parte B.
 - Algunos planes pueden ofrecer beneficios adicionales
- La mayoría de los planes incluyen cobertura para medicamentos recetados.
- Es posible que deba usar médicos u hospitales de la red
- Puede ser distinto de Medicare Original
 - Beneficios
 - Gastos compartidos

En los planes Medicare Advantage (MA) usted recibe los servicios cubiertos en Medicare Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) a través del plan. Algunos planes MA pueden ofrecer beneficios adicionales.

La mayoría de los planes incluyen cobertura Medicare para medicamentos recetados. Esta es la cobertura Medicare Parte D.

En algunos planes, como las Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare, es posible que solo pueda ver a ciertos médicos o ir a ciertos hospitales. Usted ahorra más dinero de su bolsillo si recibe los servicios a través de la red del plan.

Los beneficios y los gastos compartidos del plan MA pueden ser distintos a los de Medicare Original.

Cómo funcionan los planes Medicare Advantage (MA) (continuación)

- Sigue estando en el programa Medicare
 - Medicare paga al plan cada mes por su cuidado
- Sigue teniendo los derechos y protecciones de Medicare
- Si el plan abandona Medicare usted puede:
 - Unirse a otro plan MA, o
 - volver a Medicare Original.

Es importante que sepa que cuando se une a un plan Medicare Advantage (MA) u otro plan de salud de Medicare, sigue perteneciendo al programa Medicare. Medicare le paga a estos planes de salud privados por su atención cada mes, ya sea que use o no los servicios.

Sigue teniendo los derechos y protecciones de Medicare

Tendrá la oportunidad de unirse a otro plan MA o volver a Medicare Original si el plan decide dejar de participar en Medicare.

Costos de Medicare Advantage

- Sigue pagando la prima mensual de la Parte B
 - Algunos planes pueden pagar la totalidad o una parte por usted
 - Hay asistencia del estado para algunos
- Es posible que tenga que pagar al plan una prima mensual adicional
- Paga deducibles, coseguros y copagos.
 - Diferentes de Medicare Original
 - Varían de un plan a otro
 - Pueden ser más altos si usa servicios fuera de la red

Si se une a un plan Medicare Advantage (MA) debe continuar pagando la prima mensual de Medicare Parte B. La prima de la Parte B en 2015 es \$104.90 para la mayoría de la gente.

- Algunos planes pueden pagar la totalidad o una parte de la prima de la Parte B por usted
- Algunas personas pueden ser elegibles para recibir asistencia estatal.

Cuando se une a un plan MA es posible que tenga otros costos, por ejemplo:

- Una prima mensual adicional al plan
- Deducibles, coseguro y copagos
 - Estos costos pueden
 - Ser diferentes de Medicare Original
 - Variar de un plan a otro
 - Ser más altos si usa servicios fuera de la red

¿Quién puede unirse a un Plan Medicare Advantage?

- Requisitos de elegibilidad
 - Estar inscrito en Medicare Parte A (Seguro de Hospital)
 - Estar inscrito en Medicare Parte B (Seguro Médico)
 - Debe vivir en el área de servicio del plan
- Para unirse también debe:
 - Suministrar suficiente información al plan
 - Seguir las reglas del plan
- Solo puede unirse a un plan por vez

Los planes Medicare Advantage (MA) están disponibles para la mayoría de las personas con Medicare. Para ser elegible para unirse a un plan MA debe estar inscrito en Medicare Parte A (Seguro de hospital) y Medicare Parte B (Seguro médico). También debe vivir en el área geográfica de servicio del plan

Para unirse a un plan MA también debe acordar:

- Suministrar la información necesaria al plan, como su número de Medicare, domicilio, fecha de nacimiento y otra información importante
- Seguir las reglas del plan

Solo puede unirse a un plan MA por vez

Para obtener más información sobre los planes MA disponibles en su área, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) y haga clic en "Encuentre Planes de Salud y para Medicamentos", o llame al 1-800-MEDICARE (1800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

<h2 style="text-align: center;">Cuándo puede unirse o cambiar de planes Medicare Advantage</h2>	
Período de Inscripción Inicial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años ▪ Incluye el mes en que cumple 65 años. ▪ Finaliza 3 meses después del mes en el que haya cumplido 65 años.
Período de Inscripción Abierta de Medicare "Inscripción Abierta"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 de octubre al 7 de diciembre ▪ La cobertura comienza el 1 de enero.
Medicare debido a incapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes 25de incapacidad. ▪ Termina 3 meses después del mes 25de incapacidad.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los planes deben permitir que se unan nuevos miembros. 	

Puede unirse a un plan Medicare Advantage (MA) durante los siguientes períodos:

- La primera vez que es elegible para Medicare, es decir, durante el Período de Inscripción Inicial, que comienza 3 meses inmediatamente antes de su primer beneficio para las Parte A (Seguro de hospital) y B (Seguro médico).
- Durante el Período de Inscripción Abierta (OEP)

Puede cambiar de plan MA o a Medicare Original durante el OEP, también denominado Período de Inscripción Anual. Este período es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año y la cobertura comienza el 1 de enero.

Si obtiene Medicare debido a una incapacidad, puede unirse en el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes 25 de incapacidad y termina 3 meses después del mes 25 de incapacidad.

Puede inscribirse a un Plan MA por vez; la inscripción al plan generalmente es para un año calendario.

Los planes deben permitir que se unan nuevos miembros. Es posible que los planes tengan prohibido aceptar nuevos miembros si existe un límite de capacidad aprobado de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o si existe una sanción de inscripción del CMS vigente.

Cuándo puede unirse o cambiar de plan

Período Especial de Inscripción (SEP en inglés)

- Si se traslada permanentemente fuera del área de servicio del plan.
- Si el plan abandona el programa Medicare o reduce su área de servicios
- Si deja o pierde la cobertura del empleador o un sindicato
- Si ingresa a un centro de cuidado a largo plazo, vive allí o se retira de este.
- Tiene un SEP continuo si califica para ayuda adicional
- Si deja de ser elegible para recibir ayuda adicional
- Si se une o cambia a un plan de 5 estrellas
- Si recibe una notificación retroactiva de que es elegible para Medicare
- Otras circunstancias excepcionales

Es posible que pueda unirse o cambiar de plan en cualquiera de las siguientes situaciones, que le otorgan un Período Especial de Inscripción (SEP):

- Si se traslada permanentemente fuera del área de servicio del plan.
- Si está inscrito en un plan que decida abandonar el programa Medicare o reducir su área de servicio al final del año.
- Si deja o pierde la cobertura del empleador o un sindicato.
- Si ingresa a un centro de cuidado a largo plazo, vive allí o se retira de este.
- Si califica para ayuda adicional (tiene un SEP continua, es decir que puede inscribirse en un plan o cambiarlo en cualquier momento).
- Si deja de ser elegible para recibir ayuda adicional.
- Si se une o cambia a un plan de 5 estrellas.
- Si recibe una notificación retroactiva de que es elegible para Medicare.
- Otras circunstancias excepcionales.

NOTA: Si es elegible en forma retroactiva, hay reglas especiales que permiten la inscripción en un plan Medicare Advantage, Medicare Original o una póliza Medigap. Encontrará más información sobre las circunstancias que permiten una excepción en el Capítulo 2 del “Manual de Cuidados Administrados de Medicare”, Sección 30.4 en [CMS.gov/medicare/health-plans/healthplansgeninfo/downloads/mc86c02.pdf](https://www.cms.gov/medicare/health-plans/healthplansgeninfo/downloads/mc86c02.pdf).

<h2 style="text-align: center;">Cuándo puede unirse o cambiar de planes Medicare Advantage</h2>	
<p>Período Especial de Inscripción (SEP) de 5 Estrellas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede inscribirse en Medicare Advantage (MA), el Plan Medicare de Medicamentos Recetados (PDP), un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MA-PD) o un plan de costos de 5 estrellas. ▪ La inscripción es una vez por año del 8 de diciembre al 30 de noviembre. ▪ El nuevo plan comienza el primer día del mes después de haberse inscrito ▪ La calificación de estrellas se otorga una vez al año <ul style="list-style-type: none"> • Las calificaciones se asignan en octubre y entran en vigencia el 1 de enero • Use el Buscador de Planes de Medicare para ver las calificaciones <ul style="list-style-type: none"> ▫ Revise la Calificación General de los Planes para encontrar planes elegibles

Medicare usa información sobre encuestas de satisfacción de los miembros, los planes y los proveedores de atención médica para dar calificaciones generales de estrellas a los planes. Los planes se califican con 1 a 5 estrellas. Una calificación de 5 estrellas se considera excelente.

Usted puede usar el Período Especial de Inscripción (SEP) de 5 estrellas para inscribirse en un solo plan Medicare Advantage (MA) de 5 estrellas, un plan MA de 5 estrellas con cobertura para medicamentos recetados (MA-PD), un Plan Medicare para Medicamentos Recetados (PDP) de 5 estrellas, o un Plan de costos de 5 estrellas, siempre que cumpla con los requisitos para inscribirse en el plan (por ejemplo, vivir dentro del área de servicios). Si actualmente está inscrito en un plan con una calificación general de 5 estrellas, puede usar este SEP para cambiar a otro plan distinto con calificación de 5 estrellas.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) también crearon un SEP de coordinación para los planes para medicamentos recetados. Este SEP permite que las personas que se inscriben en ciertos tipos de planes de 5 estrellas sin cobertura de medicamentos elijan un plan para medicamentos, si la combinación está permitida por las normas de CMS.

Puede usar el SEP de 5 estrellas para cambiar los planes una vez por año entre el 8 de diciembre y el 30 de noviembre. Una vez que se inscribe en un plan de 5 estrellas, su SEP termina para ese año y solo podrá hacer cambios durante otros períodos de inscripción adecuados. Su inscripción comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Los planes reciben sus calificaciones de estrellas en octubre de cada año. Aunque los CMS asignan las calificaciones de estrellas al plan en octubre, el plan no tendrá realmente esa calificación hasta el 1 de enero. Para conocer la información sobre la calificación de estrellas, visite el Buscador de Planes de Medicare en [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan). Busque la calificación general del plan para identificar los planes de 5 estrellas que puede cambiar durante este SEP. El manual “Medicare y Usted” no tiene todas las calificaciones actualizadas para este SEP.

NOTA: Es posible que pierda su cobertura de medicamentos recetados si usa este SEP para cambiarse de un plan con cobertura de medicamentos a otro que no la tenga. Tendrá que esperar al próximo período de inscripción aplicable para obtener cobertura y es posible que reciba una multa.

Cuándo puede dejar un plan Medicare Advantage

**1 de enero
14 de
febrero**

- Puede dejar un plan Medicare Advantage (MA)
- Volver a Medicare Original.
 - La cobertura comienza el primer día del mes después de haberse cambiado
 - Para inscribirse en un Plan Parte D
 - La cobertura de medicamentos comienza el primer día del mes después de que el plan reciba su inscripción
- No puede unirse a otro plan MA durante este período
- Es posible que pueda adquirir una póliza Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)

Si pertenece a un plan Medicare Advantage (MA) o Medicare Advantage con medicamentos recetados (MA-PD) puede cambiar a Medicare Original del 1 de enero al 14 de febrero. Si vuelve a optar por Medicare Original en dicho período, la cobertura del plan entrará en vigencia el primer día del mes calendario siguiente a la fecha en que se realizó la elección o modificación.

Para cancelar su inscripción a un plan MA y volver a Medicare Original durante este período, puede

- Solicitarlo directamente a la organización MA.
- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Si modifica esto, también puede inscribirse en un Plan Medicare para Medicamentos Recetados para añadir cobertura de medicamentos. La cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su formulario de inscripción.

Si deja un plan MA es posible que no pueda comprar una póliza Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare), pero también es posible que sí pueda hacerlo. Dependerá de sus circunstancias personales. Es posible que apliquen ciertos derechos federales. Los estados pueden proveer protecciones adicionales. Puede comprar una póliza de Medigap cuando sea que un plan acceda a venderle una. Vea la diapositiva 15 para obtener más información.

No puede unirse a otro plan MA durante este período. Es importante que recuerde que en cualquier momento en que quiera inscribirse en un nuevo MA, MA-PD o plan de medicamentos recetados, se cancelará automáticamente su inscripción al plan anterior. Esto incluye los planes solo MA de una Organización para el mantenimiento de la salud o una Organización de proveedores preferidos. Sin embargo, hay excepciones limitadas para miembros de planes MA privados de pago por servicio, planes de costo y planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Una vez inscripto, la cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su formulario de inscripción.

Tipos de planes Medicare Advantage

- Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)
- HMO Punto de Servicio
- Organización de Proveedor Preferido
- Plan para Necesidades Especiales
- Servicio privado de pago por servicio
- Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare

Los planes Medicare Advantage incluyen

- Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)
- HMO Punto de Servicio
- Organización de Proveedor Preferido
- Plan para Necesidades Especiales
- Servicio privado de pago por servicio
- Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare

Otros planes de Medicare

- Otros tipos de planes de salud Medicare que ofrecen cobertura de cuidado de la salud no son parte de Medicare Advantage
 - Pero sí son parte de Medicare
 - Algunos ofrecen cobertura de la Parte A y/o Parte B
 - Algunos ofrecen cobertura Medicare para medicamentos recetados
- Algunos ejemplos incluyen los planes Medicare de costos, los proyectos de innovación y los programas piloto y los planes del Programa Medicare de Cuidado Integral para Ancianos (PACE)

Algunos tipos de planes de salud Medicare que ofrecen cobertura del cuidado de la salud no son planes Medicare Advantage (MA) pero son parte de Medicare. Algunos de estos planes ofrecen cobertura de la Parte A (Seguro de hospital) y/o Parte B (Seguro médico), y algunos también ofrecen cobertura de medicamentos recetados (Parte D). Estos planes tienen en parte las mismas reglas que los planes MA. Algunas de estas reglas se explican brevemente en las próximas diapositivas. Sin embargo, cada tipo de plan tiene reglas especiales y excepciones, por lo que debe contactarse con todos los planes en los que esté interesado para obtener más detalles. Algunos ejemplos incluyen los planes Medicare de costos, los proyectos de innovación y los programas piloto y los planes del Programa Medicare de Cuidado Integral para Ancianos (PACE)

NOTA: Se ofrecen más detalles en el Módulo 11, “Planes Medicare Advantage” en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library-Items/CMS1241850.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library-Items/CMS1241850.html).

Compruebe sus conocimientos: pregunta 5

La mayoría de la gente ya no tiene que pagar una prima mensual de Medicare Parte B si están inscritos en un plan Medicare Advantage.

- a. Verdadero
- b. Falso

Compruebe sus conocimientos: Pregunta 5

La mayoría de la gente ya no tiene que pagar una prima mensual de Medicare Parte B si están inscritos en un plan Medicare Advantage (MA).

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: B. Falso

Si se une a un plan Medicare Advantage (MA) debe continuar pagando la prima mensual de Medicare Parte B. La prima de la Parte B en 2015 es \$104.90 para la mayoría de la gente.

- Algunos planes pueden pagar la totalidad o una parte de la prima de la Parte B por usted
- Algunas personas pueden ser elegibles para recibir asistencia estatal.

Lección 3: Derechos y procesos de apelación

- Derechos de los pacientes
- Proceso de apelación
 - Parte A y Parte B (Medicare Original)
 - Derechos de Medigap
 - Parte C (Medicare Advantage)
 - Parte D (Cobertura Medicare para medicamentos recetados)

La Lección 3, “Derechos y proceso de apelación” ofrece una reseña de sus derechos en Medicare y el proceso para apelar ciertas decisiones.

- Derechos de los pacientes
- Proceso de apelación
 - Parte A y Parte B (Medicare Original)
 - Derechos de Medigap
 - Parte C (Medicare Advantage)
 - Parte D (Cobertura Medicare para medicamentos recetados)

NOTA: El Módulo 2 "Planes Medicare Advantage" describe este tema en más detalle en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/ CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html).

Derechos Medicare garantizados

- Derechos específicos de
 1. Medicare Original
 2. Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare
 3. Planes Medicare para medicamentos recetados
- En general, estos derechos
 - Lo protegen cuando recibe atención médica
 - Lo protegen contra prácticas no éticas
 - Se aseguran de que reciba servicios necesarios por razones médicas
 - Protegen su privacidad

“Derechos Medicare”, explica que sin importar cómo reciba su plan Medicare, siempre tiene determinados derechos y protecciones garantizados. Brindaremos información acerca de derechos adicionales que son específicos, según la manera en que elige recibir su cobertura Medicare.

1. Medicare Original
2. Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare
3. Cobertura Medicare para medicamentos recetados

Sus derechos y protecciones Medicare están diseñados para

- Protegerlo cuando recibe atención médica
- Protegerlo contra prácticas no éticas
- Asegurar que reciba servicios necesarios por razones médicas que la ley establece que puede recibir
- Proteger su privacidad

Sus derechos Medicare

Tiene derecho a

- Ser tratado con dignidad y respeto
- Ser protegido contra la discriminación
 - Raza, color o nacionalidad
 - Sexo
 - Edad
 - Incapacidad
- Si cree que no lo han tratado de manera justa, visite [HHS.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr)
 - Llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019
 - Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-800-537-7697.

Si tiene Medicare, tiene derecho a

- Ser tratado con dignidad y respeto en todo momento
- Ser protegido contra la discriminación
 - La discriminación es contra la ley. Todas las empresas o agencias que trabajan con Medicare deben cumplir la ley y no pueden tratarlo de manera discriminatoria debido a su
 - Raza, color o nacionalidad
 - Sexo
 - Edad
 - Incapacidad

Estas protecciones, en general, están limitadas a quejas por discriminación presentadas contra proveedores de servicios sociales y de atención médica, que reciben asistencia financiera federal.

Si cree que no lo han tratado de manera justa por cualquiera de las razones anteriores, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-800-537-7697. Para más información, visite [HHS.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr).

“Notificación de prácticas de privacidad para Medicare Original”

- Indica cómo Medicare
 - Debe proteger la privacidad de su información de salud personal
 - Utiliza y divulga su información de salud personal
- Describe sus derechos y cómo puede ejercerlos
- Se publica anualmente en el manual “Medicare y Usted”
- Si desea más información
 - Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
 - Los usuarios con teléfono texto
 - (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.



Medicare tiene la obligación de proteger su información de salud personal. El “Aviso de Prácticas de Privacidad para Medicare” describe cómo Medicare utiliza y divulga su información de salud personal y describe sus derechos individuales. Si está afiliado a un Plan Medicare Advantage, a otro plan de salud de Medicare o a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, los materiales de su plan describen sus derechos a la privacidad.

El “Aviso de Prácticas de Privacidad” se publica anualmente en el manual “Medicare y Usted” en [Medicare.gov/medicare-and-you](https://www.Medicare.gov/medicare-and-you).

Para obtener más información acerca del “Aviso de Prácticas de Privacidad” para Medicare Original, visite [Medicare.gov/forms-help-and-resources/privacy-practices/privacy.html](https://www.Medicare.gov/forms-help-and-resources/privacy-practices/privacy.html).

Para más información, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Quién es el intermediario del ciudadano de Medicare?

- Un intermediario del ciudadano es una persona que revisa quejas y ayuda a resolverlas
- El Intermediario de beneficiarios de Medicare ayuda a asegurar que haya información disponible acerca de
 - Cobertura Medicare
 - Tomar decisiones de salud médica razonables
 - Derechos y protecciones Medicare
 - Resolver problemas
- El intermediario revisa las consultas presentadas por personas que tienen Medicare
- El intermediario del ciudadano reporta cada año al Congreso

Un intermediario del ciudadano es una persona que revisa quejas y ayuda a resolverlas

El Intermediario de beneficiarios de Medicare ayuda a asegurar que la información esté disponible acerca de

- Cobertura Medicare
- Tomar decisiones de salud médica razonables
- Derechos y protecciones Medicare
- Resolver problemas

El intermediario del ciudadano revisa las consultas presentadas por las personas que tienen Medicare a través del teléfono 1-800-MEDICARE y del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP).

Visite Medicare.gov para obtener información acerca de consultas y quejas, actividades del intermediario del ciudadano y qué necesitan saber los afiliados a Medicare.

El intermediario del ciudadano reporta cada año al Congreso

Derechos Medicare—Reclamaciones y Apelaciones

Tiene derecho a

- Presentar una reclamación por pago ante Medicare
- Obtener decisiones acerca de
 - Pagos de atención médica
 - Cobertura de servicios
 - Cobertura para medicamentos recetados
- Obtener una apelación (revisión) de las decisiones anteriores

Si tiene Medicare, tiene derecho a lo siguiente:

- Presentar una reclamación por pago ante Medicare y obtener una decisión acerca del pago de atención médica, la cobertura de servicios o medicamentos recetados, incluso cuando su médico indique que Medicare no pagará determinado artículo o servicio.
 - Cuando se presenta una reclamación, usted recibe un aviso de Medicare que le informa qué estará cubierto y qué no. Esto podría diferir de lo que indica su médico. Si no está de acuerdo con la decisión de Medicare acerca de su reclamación, tiene derecho a apelar.
- Presente una apelación si está en desacuerdo con una decisión acerca de un pago de atención médica, cobertura de servicios o cobertura de medicamentos recetados.
 - Para obtener más información sobre las apelaciones, visite [Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals).
 - Para recibir ayuda para presentar una apelación, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de su estado. Para obtener los números de teléfono SHIP actualizados, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Si tiene un Plan Medicare Advantage, otro plan de salud de Medicare o un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, lea los materiales de su plan.

Derechos Medicare a presentar una queja formal

Tiene derecho a

- Presentar quejas (llamadas quejas formales) acerca de
 - Servicios que recibió
 - Otros temas o problemas para recibir atención médica y calidad de cuidados
 - En Medicare Original, llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)
 - En Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, llame a su plan, al BFCC-QIO o a ambos
 - Si padece Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), llame a la red ESRD de su estado

Si tiene Medicare, tiene derecho a lo siguiente:

- Presentar quejas (también llamadas quejas formales) acerca de servicios que recibió, otros temas o problemas que tenga para recibir atención médica y la calidad de la atención médica que recibió.
- Si tiene inquietudes acerca de la calidad de cuidados que está recibiendo
 - En Medicare Original, llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) en su región para presentar una queja. Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) para obtener el número de teléfono de BFCC-QIO, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
 - En Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, llame al BFCC-QIO, a su plan o a ambos.
 - Si padece Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) y desea presentar una queja acerca de la atención que recibió, llame a la red ESRD de su estado. Para obtener el número de teléfono, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: La diapositiva siguiente muestra un mapa de los BFCC-QIOs por región.

Derechos Medigap en Medicare Original

- Comprar una póliza privada de Medigap (asegurador suplementario de Medicare)
 - Derechos de Emisión Garantizada en su Período de Inscripción Abierta de Medigap que aseguran que las compañías de seguro
 - No pueden negarle cobertura Medigap
 - No pueden condicionar su cobertura
 - Deben cubrir las condiciones preexistentes
 - No pueden cobrar más debido a problemas de salud pasados o presentes
 - Algunos estados otorgan derechos adicionales

Una póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) es una póliza de seguro médico vendido por compañías de seguro privadas, para cubrir las brechas que deja la cobertura de Medicare Original, como importes de coseguro.

Sus derechos, cuando se inscribe en Medicare Original, incluyen los siguientes:

- En algunas situaciones, usted tiene derecho a comprar una póliza Medigap.
 - Las pólizas Medigap deben cumplir las leyes federales y estatales que lo protegen. La carátula de la póliza Medigap debe identificarla con claridad como “Seguro Suplementario de Medicare.”
 - Las compañías de seguros de Medigap en la mayoría de los estados (excepto Massachusetts, Minnesota y Wisconsin) solo pueden vender una póliza Medigap “estandarizada”. Estas pólizas están identificadas por las letras A, B, C, D, F, G, K, L, M y N. Los beneficios en cualquier plan Medigap identificado con la misma letra son iguales, independientemente de la compañía de seguros a quien le compre la póliza.
- Usted tiene derecho a comprar una póliza de Medigap durante su Período de Inscripción Abierta de Medigap, un período de 6 meses que comienza automáticamente el mes en que cumple 65 años, y se inscribe en Medicare Parte B, y cuando termina, no puede volver a comprarla.
- Cuando tenga derechos de emisión garantizada, la póliza de Medigap
 - No puede rechazar su cobertura de Medigap ni aplicar condiciones a su póliza
 - Debe cubrir las condiciones preexistentes
 - No puede cobrarle más por una póliza debido a problemas de salud pasados o presentes
- Algunos estados ofrecen derechos adicionales para comprar una póliza de Medigap.

NOTA: El Módulo 3, “Medigap (Seguro Suplementario de Medicare)” describe estas situaciones en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html).

Cobertura y derechos de apelación en los planes de salud de Medicare

Tiene derecho a

- Saber cómo reciben los pagos sus médicos
- Obtener una decisión de cobertura o información de cobertura
- Un proceso de apelación justo, eficaz y oportuno
 - Cinco niveles de apelación
 - Recibir una carta de decisión que explica otros derechos de apelación
 - Una revisión automática de la reconsideración de la Parte C del plan
 - por parte de una Entidad de Revisión Independiente (IRE)
- Presentar una queja formal acerca de problemas

Si está en un plan de salud de Medicare, tiene derecho a

- Saber cómo reciben los pagos sus médicos Medicare no permite que un plan pague honorarios a los médicos de manera tal que esto interfiera con que usted reciba la atención médica que necesita.
- Averiguar en su plan si un servicio o suministro está cubierto antes de recibirlo. Puede llamar a su plan para obtener información acerca de las normas de cobertura del plan.
- Un proceso de apelación justo, eficiente y oportuno para resolver las diferencias con su plan. Tiene derecho a pedir a su plan que brinde o pague por un artículo o servicio que cree debe estar cubierto, brindado o continuado.
 - El proceso de apelación consta de 5 niveles.
 - Si se rechaza la cobertura en cualquier nivel de apelación, recibirá una carta que explica la decisión e instrucciones acerca de cómo proceder, para pasar al siguiente nivel de apelación.
 - Si el plan sigue rechazando la cobertura en el nivel de reconsideración, la apelación se envía automáticamente a la Entidad de Revisión Independiente de la Parte C (Medicare Advantage).
- Presente una queja formal acerca de otros problemas con su plan, verifique los materiales de afiliación o llame a su plan para descubrir cómo presentar una queja formal.

Consulte “Derechos y protecciones de Medicare” (Producto CMS No. 11534) para obtener más detalles en [Medicare.gov/publications/pubs/pdf/11534.pdf](https://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/11534.pdf).

Solicitud de apelación de la Parte D

- Si rechazan su determinación o excepción de cobertura, puede apelar la decisión del plan
- En general, debe presentar solicitudes de apelación por escrito
 - Los planes deben aceptar las solicitudes verbales aceleradas (rápidas)
 - Existe un marco temporal limitado para presentar una solicitud de apelación (dentro de 60 días o luego sin causa razonable)
- Las personas que pueden presentar solicitud de apelación son
 - Usted o su representante nombrado
 - Su médico o su encargado de recetas autorizado
- Existen 5 niveles de apelación

Si está en desacuerdo con la determinación o la decisión de excepción de cobertura de su plan de medicamentos de Medicare, tiene derecho a apelar la decisión. La decisión escrita de su plan explicará cómo presentar una apelación. Lea esta decisión con cuidado y comuníquese con su plan, si tiene preguntas. La mayoría de las apelaciones se deben solicitar dentro de los 60 días de la determinación de cobertura o del rechazo de una excepción. Sin embargo, este marco temporal podría extenderse por una causa razonable (una circunstancia que haya evitado que el solicitante presente la solicitud a tiempo o en caso de que alguna acción del plan haya confundido al solicitante). Para más información acerca de causa razonable, consulte el Capítulo 18 del Manual de Beneficios de Medicamentos Recetados “Parte D Quejas formales del afiliado, determinaciones de cobertura y apelaciones,” Sección 70.3—“Extensión de causa razonable” en [CMS.gov/medicare/appeals-and-grievances/medprescriptdrugapplgriev/index.html](https://www.cms.gov/medicare/appeals-and-grievances/medprescriptdrugapplgriev/index.html).

En general, debe presentar solicitudes de apelación por escrito. Sin embargo, los planes deben aceptar las solicitudes verbales rápidas (aceleradas). Además, los planes pueden elegir aceptar solicitudes de redeterminación estándar verbales. Verifique los materiales de su plan o comuníquese con su plan, para averiguar si puede presentar solicitudes de redeterminación estándar verbales.

Usted o su representante nombrado pueden solicitar cualquier nivel de apelación (consulte el Apéndice F). Su médico u otro encargado de recetas autorizado solo pueden solicitar una reconsideración de la Entidad de Revisión Independiente (apelación de nivel 1 o 2) de su parte, sin ser su representante nombrado.

Compruebe su conocimiento: pregunta 6

Una apelación está relacionada con

- a. La calidad de los servicios recibidos
- b. Una decisión sobre cobertura y/o pago
- c. Una decisión sobre pago
- d. El cuidado de la salud que recibió

Compruebe su conocimiento: Pregunta 6

Una apelación está relacionada con

- a. La calidad de los servicios recibidos
- b. Una decisión sobre cobertura y/o pago
- c. Una decisión sobre pago
- d. El cuidado de la salud que recibió

RESPUESTA: b. Una decisión sobre cobertura y/o pago

Una apelación es lo que debe hacer si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago (por ejemplo, si cree que Medicare debería haber pagado y no lo hizo, o no pagó lo suficiente; si un plan de salud de Medicare negó un servicio; o si un plan de medicamentos de Medicare no cubrió un medicamento recetado).

Lección 4: Programas para personas con ingresos y recursos limitados

- Diferencias entre Medicare y Medicaid
- Medicaid
- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Programas de Ahorros Medicare
- Ayuda adicional
- La ayuda está disponible para las personas dentro de los territorios estadounidenses

La Lección 4, “Programas para personas con ingresos y recursos limitados,” explica las diferencias entre Medicare y Medicaid y ofrece una reseña de lo siguiente:

- Ayuda adicional
- Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Programas de Ahorros Medicare
- Ayuda disponible para las personas que viven en los territorios de Estados Unidos

¿Qué es Medicaid?

- Programa de seguro médico estatal/federal
 - Para personas con recursos o ingresos limitados
 - Cubre la mayoría de los costos médicos
 - Si tiene Medicare y Medicaid
- El estado determina la elegibilidad
- Los procesos de solicitud y los beneficios pueden variar
- Los nombres de las oficinas de cada estado pueden variar
 - Presente la solicitud si ES POSIBLE que califique
- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
 - Cubre a niños sin seguro de hasta 19 años y puede cubrir a embarazadas.
 - Ingreso familiar muy alto para Medicaid

Medicaid es un programa que ofrece ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Medicaid está financiado conjuntamente por los gobiernos federal y estatal y es administrado por cada estado. Puede cubrir a embarazadas y niños, ancianos, personas no videntes e incapacitadas y a algunos otros subgrupos, según el estado.

Si es elegible para Medicare y Medicaid, la mayoría de sus costos médicos están cubiertos; a veces nos referimos a estas personas como “doblemente elegible.” Las personas con Medicare y Medicaid tienen cobertura de medicamentos de Medicare, no de Medicaid. Las personas con Medicaid pueden tener cobertura para servicios que Medicare no cubre completamente, como algunos asilos de ancianos y cuidado de la salud en el hogar.

La elegibilidad para Medicaid la determina cada estado y los procesos de solicitud y beneficios de Medicaid pueden variar de un estado al otro. Póngase en contacto con su Oficina Estatal de Asistencia Médica para determinar si califica.

Debe presentar la solicitud si cree que ES POSIBLE que califique. Para más información o para iniciar una solicitud, puede llamar al

- 1-800-MEDICARE (los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048).
- Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- O visite su Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid)

NOTA: El Módulo 12 "Medicaid" describe este tema en más detalle en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html).

Para consultar la “Guía de Política Federal,” visite [Medicaid.gov/federal-policy-guidance/federal-policy-guidance.html](https://www.medicaid.gov/federal-policy-guidance/federal-policy-guidance.html).

Programas de ahorros Medicare

- Ayuda de Medicaid para pagar los costos de Medicare
 - Para personas con recursos o ingresos limitados
- A menudo ingresos más altos y recursos que con Medicaid completo
- Los programas incluyen
 - Beneficiario Calificado de Medicare (QMB en inglés)
 - Beneficiarios Medicare de Bajo Ingreso (SLMB en inglés) específicos
 - Individuos Calificados (QI en inglés)
 - Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI en inglés)

Los estados tienen otros programas que pagan las primas de Medicare y, en algunos casos, también pueden pagar los deducibles y el coseguro de Medicare de personas con ingresos y recursos limitados. Estos programas con frecuencia tienen normas de ingreso y recursos más altos que Medicaid completo. Estos programas se denominan colectivamente Programas de ahorro de Medicare e incluyen los programas para Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), Beneficiarios Medicare de Bajo Ingreso (SLMB), Individuos Calificados (QI) e Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI).

La elegibilidad para estos programas se determina por los niveles de ingreso y recursos. Los montos de ingreso se actualizan todos los años según el nivel de pobreza federal.

Los beneficiarios de Medicare que están interesados en calificar para recibir "ayuda adicional" financiera con los planes de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, visite [SocialSecurity.gov/i1020](https://www.socialsecurity.gov/i1020). Muchos estados determinan su ingreso y sus recursos de forma distinta, por eso es posible que califique en su estado incluso si su ingreso o sus recursos son más altos que los que se detallan arriba. Si su ingreso es del trabajo, es posible que califique para recibir beneficios incluso si su ingreso es mayor que los límites mencionados. Además, algunos estados ofrecen sus propios programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar los costos de bolsillo de su cuidado de la salud, incluso por medio de programas de Asistencia Farmacéutica Estatales.

Contacte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para descubrir qué programas puede tener disponible. Puede encontrar la información de contacto de su SHIP local en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) en la página web o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Para recibir actualizaciones anuales, visite el Sistema del Manual de Operaciones del Programa de la Administración del Seguro Social (POMS) en <https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/Home?readform>. Para más información, visite "Cómo recibir ayuda para sus costos de Medicare" en [Medicare.gov/Pubs/pdf/10126.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10126.pdf).

¿Qué es la ayuda adicional?

- Un programa para ayudar a las personas a pagar los costos de medicamentos recetados (Parte D) de Medicare
 - También se denomina "subsidio a los bajos ingresos"
- Si tiene recursos e ingresos muy bajos.
 - No paga primas ni deducibles y tiene copagos pequeños o no los tiene
- Si tiene recursos e ingresos no tan bajos.
 - Paga un deducible reducido y un poco más de su bolsillo
- No tiene brechas de cobertura ni multa por inscripción tardía si califica para la ayuda adicional

Las directrices del Nivel de Pobreza Federal (FPL en inglés) que se actualizan en forma anual los últimos días de enero ([ASPE.hhs.gov/poverty/15poverty.cfm](https://aspe.hhs.gov/poverty/15poverty.cfm)) determinan los requisitos de nivel de ingresos para las personas que solicitan el programa de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS en inglés) de Medicare Parte D, también denominado programa de "ayuda adicional". Si tiene ingresos y recursos limitados, es posible que obtenga ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos recetados de Medicare.

Si tiene ingresos y recursos muy bajos no pagará primas ni deducible y sus copagos serán pequeños o no los tendrá. Si tiene ingresos y recursos no tan bajos tendrá un deducible reducido y pagará un poco más de su bolsillo.

Si califica para recibir ayuda adicional no tendrá brecha de cobertura ni multas por inscripción tardía. También tendrá un período especial de inscripción continuo y podrá cambiar de plan en cualquier momento. El plan nuevo entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Solicitar "ayuda adicional" es fácil y gratis. Usted o un familiar, un consejero en quien confíe o un cuidador pueden iniciar la solicitud en línea en socialsecurity.gov/i1020 o llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.

NOTA: Los residentes de territorios estadounidenses no son elegibles para recibir ayuda adicional. Cada uno de los territorios ayuda a sus propios residentes con los costos de medicamentos de Medicare. Esta ayuda es en general para los residentes que califican para tener Medicaid y están inscritos. Esta asistencia no es la misma que la ayuda adicional.

Consulte la Guía para Correos de Consumidores (Notificaciones de Aviso de LIS y MSP del Seguro Social), que se emiten a mediados de mayo y noviembre [CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/ LimitedIncomeandResources/downloads/2014Mailings.pdf](https://cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/LimitedIncomeandResources/downloads/2014Mailings.pdf).

Cómo calificar para recibir ayuda adicional

- Usted califica en forma automática para recibir ayuda adicional si tiene
 - Cobertura completa de Medicaid
 - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 - Ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare
- Todas las otras personas deben iniciar una solicitud
 - En línea en socialsecurity.gov
 - Llamando al Seguro Social a 1-800-772-1213
TTY 1-800-325-0778
 - Pedir la "Solicitud de ayuda para pagar los costos de medicamentos recetados de Medicare" (SSA-1020)
 - Póngase en contacto con su agencia de Medicaid estatal

Usted califica automáticamente para recibir ayuda adicional (y no necesita iniciar una solicitud) si tiene Medicare y cobertura completa de Medicaid, beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare Parte B (Programas de ahorros Medicare). Medicare le brindará "ayuda adicional" que podría cubrir del 85% al 100% de los costos de sus medicamentos recetados, y es posible que también pague una parte o toda su prima de Medicare Parte D.

Si no cumple con una de las condiciones que antecedentes es posible que califique para recibir ayuda adicional, pero tendrá que iniciar una solicitud para obtenerla. Si piensa que califica pero no está seguro, de todas maneras debería iniciar la solicitud. Puede solicitar ayuda adicional en cualquier momento, y si se la niegan, puede volver a solicitarla si su situación cambia. La elegibilidad para ayuda adicional puede estar determinada por el Seguro Social o por la agencia de Medicaid de su estado.

Es posible que califique para ayuda adicional en 2015 si su ingreso anual está debajo de \$17,505 para una sola persona (o \$23,595 para una pareja casada que convive o incluso más si tiene hijos o nietos a su cargo que viven con usted), Y si sus bienes están por debajo de \$13,440 para una sola persona (o \$26,860 si está casado). Estos montos cambian todos los años. Las directivas de pobreza pueden usarse tan pronto como se publican en el Registro Federal cada año; en general esto ocurre en los últimos días de enero. Es posible que califique incluso si tiene un ingreso más alto (por ejemplo, si todavía trabaja, vive en Alaska o Hawái o tiene dependientes que viven con usted). Puede solicitar ayuda adicional completando una solicitud escrita que puede obtener llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitarla en línea en <http://www.ssa.gov/medicare/prescriptionhelp/cms.html>; también puede iniciar la solicitud a través de su agencia de Medicaid estatal, o trabajando con una organización local, tales como los Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud.

Pasos a seguir

- Si piensa que podría calificar para alguno de estos programas
 1. Revise las directrices de ingresos y bienes
 2. Recabe sus documentos personales
 3. Obtenga más información
 - Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica
 - Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud local.
 - Llame a la Agencia para la Vejez de su área
 4. Complete la solicitud ante la Oficina Estatal de Asistencia Médica

Estos son algunos pasos que puede seguir para determinar si califica para recibir ayuda con sus gastos de bolsillo de Medicare.

1. Revise las directrices de ingresos y recursos (o bienes) de su área.
2. Si piensa que puede calificar, recabe los documentos personales que la agencia requiere para iniciar la solicitud. Necesitará:
 - Su tarjeta Medicare
 - Un documento de identidad
 - Evidencia de residencia
 - Evidencia de sus ingresos, incluso cheques de pensión, pagos del Seguro Social, etc.
 - Resúmenes bancarios recientes
 - Escrituras de su propiedad
 - Pólizas de seguro
 - Datos financieros de bonos o acciones que tenga
 - Evidencia de pólizas funerarias
3. Puede obtener más información poniéndose en contacto con su Oficina Estatal de Asistencia Médica, su programa local de Asistencia Estatal para el Seguro Médico o la Agencia para la Vejez local.
4. Complete la solicitud ante la Oficina Estatal de Asistencia Médica

Programas en los territorios estadounidenses

- Ayudan a las personas a pagar sus costos de Medicare
- Territorios estadounidenses
 - Puerto Rico
 - Islas Vírgenes
 - Guam
 - Islas Marianas del Norte
 - Samoa Americana
- Los programas varían
 - Contacte a su Oficina Estatal de Asistencia Médica

También hay programas disponibles para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados que viven en los territorios estadounidenses (Puerto Rico, Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana) a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estas áreas. Póngase en contacto con la oficina de Asistencia Médica de su territorio para recibir más información.

NOTA: Si ninguno de estos territorios se encuentra en su área, quizás prefiera ocultar esta diapositiva.

Compruebe su conocimiento: pregunta 7

Los Programas de Ahorros Medicare con frecuencia tienen límites de ingresos y recursos más altos que Medicaid

Medicaid

- a. Verdadero
- b. Falso

Compruebe su conocimiento: Pregunta 7

Los Programas de Ahorros Medicare con frecuencia tienen límites de ingresos y recursos más altos que Medicaid

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: a. Verdadero

Los Programas de Ahorros Medicare ayudan a pagar los costos de bolsillo de las personas con ingresos y recursos limitados y con frecuencia tienen límites de ingresos y recursos más altos que Medicaid.

Lección 5: Medicare y el Mercado de Seguros Médicos

- El Mercado y las personas con Medicare
- El Mercado y cómo ser elegible para Medicare
- Consideraciones de inscripción

La Lección 5, “Medicare y el Mercado de Seguros Médicos,” ofrece información para las personas que están entrando en la edad de unirse a Medicare o que califican para Medicare en base a una incapacidad.

El Mercado y las personas con Medicare

- Medicare no es parte del Mercado.
- Si posee Medicare no tiene que hacer nada relacionado con el Mercado.
 - Sus beneficios no cambian debido al Mercado
 - Nadie puede venderle un plan del Mercado
 - Incluso si solamente tiene Medicare Parte A y/o Parte B.
 - Excepto un empleador, a través del Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP) si es un trabajador activo o el dependiente de un trabajador activo
 - La cobertura del empleador del SHOP podría pagar primero
 - No tendrá multa por inscripción tardía si demora en unirse a Medicare
 - No incluye la cobertura de COBRA
- El Mercado no ofrece planes Parte D o Medigap.

Medicare no es parte del Mercado de Seguros Médicos. Medicare Parte A ofrece una cobertura mínima y esencial. Si posee Medicare no tiene que hacer nada relacionado con el Mercado. El Mercado no cambia las opciones o beneficios del plan Medicare. Los planes Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) no están disponibles en el Mercado. Es ilegal que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda o le emita una póliza del Mercado. Esto se aplica incluso si usted solo tiene Medicare Parte A o solo Parte B. La excepción es la cobertura de su empleador a través del Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios. Si recibe cobertura de esta forma

- La cobertura del empleador a través del Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP) pagará primero
- Puede demorar su inscripción en Medicare sin recibir multas
 - Esto no incluye la cobertura de COBRA

El Mercado no ofrece pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare) ni planes Medicare Parte D.

El Mercado y cómo ser elegible para Medicare

- Puede conservar un plan del Mercado después de que comience su cobertura de Medicare.
 - Puede cancelar el plan cuando la cobertura Medicare comience, o
 - Una vez que entre en vigencia la cobertura de la Parte A **no podrá conseguir costos más bajos por su plan del Mercado.**
- Inscribáse en Medicare durante el Período de Inscripción Inicial.
 - Si se inscribe más tarde **es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga Medicare.**
 - El Mercado individual no es cobertura subsidiada por el empleador.
 - No podrá inscribirse en la Parte B después por medio de un Período Especial de Inscripción

Puede conservar un plan del Mercado para tener cobertura después de ser elegible para Medicare. Luego, puede cancelar el plan del Mercado una vez que comience la cobertura de Medicare.

Una vez que sea elegible para Medicare, tendrá un Período de Inscripción Inicial (IEP) para inscribirse. Para la mayoría de las personas el IEP a Medicare de 7 meses comienza 3 meses antes de que cumplen 65 años y finaliza 3 meses después de dicha fecha de cumpleaños.

En la mayoría de los casos, le conviene inscribirse cuando sea elegible por primera vez por los siguientes motivos:

- Una vez que entre en vigencia Medicare, no podrá obtener costos más bajos para un plan del Mercado según sus ingresos.
- Si se inscribe para Medicare después del IEP, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga Medicare.

Si tiene cobertura del Mercado individual y solo se inscribe para la Parte A durante el IEP, no podrá inscribirse a la Parte B más adelante en el Período de Inscripción Especial. El Mercado individual no es cobertura subsidiada por el empleador.

Una vez que comience la cobertura de la Parte A, dejarán de regir todos los créditos tributarios por primas y gastos compartidos reducidos para los que pueda haber calificado a través del Mercado. Esto se debe a que la Parte A se considera cobertura mínima esencial, no así la Parte B.

NOTA: Puede tener cobertura del Mercado y Medicare simultáneamente solo si tenía la cobertura del Mercado antes de obtener la de Medicare. Es ilegal que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda un plan del Mercado. No existe coordinación de beneficios (COB en inglés) entre un Plan de salud autorizado (QHP) y Medicare. Debe saber esto por si decide permanecer en un QHP después de inscribirse para la Parte A. No se trata de un seguro secundario. Además, la cobertura de medicamentos en un QHP puede no ser acreditable y, en consecuencia, puede recibir una multa si se inscribe a la parte D más tarde.

Si tiene un plan del Mercado primero y luego obtiene cobertura de Medicare

- Pierde su elegibilidad para todos los créditos tributarios por primas y gastos compartidos reducidos de su plan del Mercado
- Si decide dejar su plan del Mercado, espere hasta estar cubierto por Medicare para evitar una brecha en la cobertura
 - Según su ingreso y sus recursos, es posible que sea elegible para recibir ayuda para pagar las primas de su Medicare Parte B y Parte D y para algunos gastos compartidos reducidos para copagos o coseguros de Medicare Parte D
 - También es posible que pueda comprar una póliza Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare) o unirse a un plan Medicare Advantage (como una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o una Organización de proveedor preferido (PPO))

Puede obtener un plan del Mercado para tener cobertura antes de que comience su cobertura de Medicare. Luego, puede cancelar el plan del Mercado una vez que comience la cobertura de Medicare. Sin embargo, es importante que coordine el fin de su plan del Mercado para que no termine antes de que comience su cobertura de Medicare, o podría tener una brecha en su cobertura.

Una vez que sea elegible para Medicare, tendrá un Período de Inscripción Inicial para inscribirse. En la mayoría de los casos, le conviene inscribirse la primera vez que sea elegible porque una vez que tenga Medicare, no podrá obtener costos más bajos para su plan del Mercado sobre la base de su ingreso como créditos tributarios por primas y gastos compartidos reducidos (excepto si solo tiene la Parte B).

Si tiene ingresos y recursos limitados, es posible que sea elegible para recibir ayuda para pagar las primas de su Medicare Parte B y Parte D y para algunos gastos compartidos reducidos para copagos o coseguros de Medicare Parte D

Elección del Mercado en lugar de Medicare

- El Mercado individual no es cobertura subsidiada por el empleador.
- No puede elegir cobertura del Mercado en lugar de cobertura Medicare, excepto:
 1. Que pague o tuviera que pagar una prima por la Parte A
 - Puede renunciar a las Partes A y B y ser elegible para recibir un plan del Mercado.
 2. Que tenga una condición médica que lo califique para Medicare (por ejemplo, ESRD), pero aún no haya solicitado Medicare.
 3. Que aún no esté recibiendo los beneficios por incapacidad o jubilación del Seguro Social antes de ser elegible para Medicare.

Es ilegal que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda una póliza de plan del Mercado. Puede elegir cobertura del Mercado en lugar de cobertura Medicare, si:

- Tuviera que pagar una prima para la Parte A, puede renunciar a la cobertura de Parte A y Parte B y recibir un plan del mercado en cambio.
- Solo tiene Parte B y tendría que pagar una prima por la Parte A, puede renunciar a la Parte B y obtener, en cambio, un plan del Mercado.
- Tiene una condición médica que lo califica para Medicare por ejemplo, Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), pero aún no ha solicitado cobertura Medicare.
- Aún no está recibiendo los beneficios por incapacidad o jubilación del Seguro Social antes de ser elegible para Medicare.

Antes de elegir un plan del Mercado en lugar de Medicare, existen dos puntos importantes que debe tener en cuenta:

1. Si se inscribe para Medicare después de que el Período de Inscripción Inicial (IEP) ha finalizado, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía (LEP) mientras tenga Medicare.
2. Por lo general, puede inscribirse en Medicare solo durante el Período de Inscripción General para Medicare (desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo). La cobertura no comenzará hasta julio de ese año.

Si no tiene Medicare Parte A o ha renunciado a ella porque tiene que pagar una prima, inscribese para un plan del Mercado; será elegible para el crédito tributario por prima y reducciones en gastos compartidos si cumple con los requisitos para dichos programas.

RECUERDE: Si decide inscribirse en Medicare más adelante, conserve la cobertura del Plan de salud autorizado (QHP), generalmente los beneficios entre un plan del Mercado y Medicare no se coordinan. Debe saber esto por si decide permanecer en un QHP después de inscribirse para Medicare. Los planes del Mercado no son seguros secundarios. De hecho, al Plan de salud autorizado no se le exige que pague costos por su cobertura si ya tiene Medicare.

Medicare para personas con incapacidades y el Mercado

- Es posible que cumpla con los requisitos para tener Medicare por una incapacidad.
 - Debe tener derecho a recibir los beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI en inglés) por 24 meses.
 - En el mes n.º 25 quedará automáticamente inscrito en Medicare Partes A y B.
- Si recibe el SSDI, puede obtener un plan del Mercado para tener cobertura durante el período de espera de 24 meses.
 - Puede clasificar para créditos tributarios de primas y gastos compartidos reducidos hasta que comience la cobertura Medicare.

Si tiene derecho a un Seguro por Incapacidad del Seguro social (SSDI), puede clasificar para Medicare. No obstante, antes de que comience la cobertura Medicare, existe un período de espera de 24 meses. Durante dicho período, puede solicitar cobertura en el Mercado. Puede averiguar si clasificará para Medicare o para créditos tributarios de primas que le reduzcan la prima mensual del plan del Mercado, y para reducciones en los costos compartidos que disminuirán sus gastos directos de bolsillo.

Si solicita costos reducidos en el Mercado, deberá calcular su ingreso para 2015. Si recibe beneficios por incapacidad del Seguro Social y desea saber si califica para costos más bajos con la cobertura del Mercado, deberá proporcionar información sobre sus pagos al Seguro social, incluidos los pagos por incapacidad.

La cobertura Medicare entrará en vigencia al mes n.º 25 de haber recibido el SSDI. Se le enviará la tarjeta Medicare por correo unos 3 meses antes de cumplido el mes 25 de beneficios por incapacidad. Si no desea tener la Parte B, siga las instrucciones que vienen con la tarjeta. No obstante, una vez que sea elegible para Medicare, no podrá obtener costos más bajos para un plan del Mercado según sus ingresos.

Una vez que comience la cobertura de la Parte A, dejarán de regir todos los créditos tributarios por primas y gastos compartidos reducidos para los que pueda haber calificado a través del Mercado. Esto se debe a que la Parte A se considera cobertura mínima esencial, no así la Parte B.

Además, recuerde que al Plan de salud autorizado no se le exige que pague costos por su cobertura si ya tiene Medicare.

Consideraciones de inscripción para el Mercado/Medicare

- Si no se inscribe en Medicare la primera vez que es elegible (Período de Inscripción Inicial)
 - Es posible que le apliquen una multa por inscripción tardía (durante toda la vida)
 - En general no puede inscribirse hasta el Período de Inscripción General para Medicare (1 de enero al 31 de marzo) y la cobertura no comenzará hasta el 1 de julio
- Si su plan del Mercado no es a través de su empleador
 - Y tuviera que pagar una prima para la Parte A, debería renunciar a la cobertura de Parte A y Parte B para ser elegible para recibir un plan del mercado.
 - Sin embargo, si también recibe beneficios del Seguro Social, tendría que dejar su Seguro Social si deja Medicare

Hay algunas situaciones en las que puede elegir un plan de salud privado del Mercado en vez de Medicare.

1. Si está pagando una prima para la Parte A. En este caso, puede renunciar a la cobertura de Parte A y Parte B y recibir un plan del mercado en cambio. En el raro caso de que solo tenga la Parte B, también podría renunciar a él y obtener cobertura en el Mercado. Si es elegible para Medicare pero no se ha inscripto, esto podría ser porque
 - Tendría que pagar una prima
 - Tiene una condición médica que lo califica para Medicare por ejemplo, Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), pero aún no ha solicitado cobertura Medicare.
 - Que aún no esté recibiendo los beneficios por incapacidad o jubilación del Seguro Social antes de ser elegible para Medicare.
2. Si está recibiendo beneficios de retiro o incapacidad del Seguro Social antes de ser elegible para Medicare, quedará inscripto automáticamente en Medicare una vez que sea elegible. Antes de elegir un plan del Mercado en lugar de Medicare, existen dos puntos importantes que debe tener en cuenta:
 - Si se inscribe para Medicare después de que el Período de Inscripción Inicial ha finalizado, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga Medicare. Su prima mensual podría aumentar hasta 10%. Deberá pagar la prima más alta por el doble de la cantidad de años que podría haber tenido la Parte A, pero no se inscribió (Nota: Si ya está recibiendo beneficios del Seguro Social antes de ser elegible quedará inscripto automáticamente en la Parte A; en este caso no se aplica ninguna multa). Si no se inscribe para Medicare Parte B la primera vez que es elegible, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga Medicare. Puede suceder que deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en cualquier momento después de que haya finalizado el Período de Inscripción Inicial (IEP), pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos recetados por la Parte D u otra cobertura acreditable. Los planes del Mercado no tienen la obligación legal de brindar cobertura acreditable. Es posible que tenga que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.
 - Por lo general, si se pierde el IEP, puede inscribirse en Medicare **solo** durante el Período de Inscripción General para Medicare (desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año). La cobertura no comenzará hasta julio. Esto podría causar una brecha en su cobertura.

La cobertura del empleador a través del Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP) se considera como cualquier otra cobertura a través del empleador. Se aplican las reglas de Pagador Secundario de Medicare "Medicare y el Mercado de Seguros Médicos"

Para más información, consulte la publicación de del Producto CMS No. 11694 en [Medicare.gov/Pubs/pdf/11694.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11694.pdf).

Compruebe su conocimiento: pregunta 8

Puede inscribirse al Mercado individual en lugar de a las Parte A y B más adelante en el Período Especial de Inscripción si no tiene cobertura por su empleo actual.

- a. Verdadero
- b. Falso

Compruebe su conocimiento: pregunta 8

Puede inscribirse al Mercado individual en lugar de a las Parte A y B más adelante en el Período Especial de Inscripción (SEP).

- a. Verdadero
- b. Falso

Respuesta: a. Falso

Si demora la inscripción a la Parte B y no tiene una cobertura subsidiada por el empleador sobre la base de un empleo actual y activo, ya sea suyo o de su cónyuge, no será elegible para inscribirse en el SEP. El Mercado individual no es cobertura subsidiada por el empleador.

Introducción a la guía de recursos de Medicare

Recursos	Recursos adicionales	Productos Medicare
<p>Centros de Servicios de Medicaid y Medicare (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) Medicare.gov CMS.gov Medicaid.gov</p> <p>Seguro Social 1-800-772-1213 1-800-325-0778 para usuarios de TTY socialsecurity.gov</p> <p>Junta de Retiro Ferroviario 1-877-772-5772 1-312-751-4700 para usuarios de TTY RRB.gov Benefits.gov InsureKidsNow.gov</p>	<p>Programas de Asistencia Estatal para Seguro Médico*</p> <p>*Para conocer los números de teléfono, llame a CMS 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 1-877-486-2048 para usuarios de TTY Medicare.gov/Contacts/ HealthCare.gov Ley de Atención Médica Asequible HealthCare.gov/law/full/index.html</p> <p>Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles HHS.gov HHS.gov/ocr/office/index.html 1-800-368-1019 1-800-537-7697 para usuarios de TTY</p>	<p>"Manual Medicare y Usted" Producto CMS No. 10050</p> <p>"Sus Beneficios Medicare" Producto CMS No. 10116</p> <p>"Selección de una Póliza Medigap: La Guía del Seguro Médico para las Personas con Medicare" Producto CMS No. 02110</p> <p>Para acceder a estos productos:</p> <p>Vea y solicite copias individuales en Medicare.gov/publications</p> <p>Solicite copias múltiples (solo socios) en productordering.cms.hhs.gov. Debe registrar a su organización.</p>

Programa de Capacitación Nacional de CMS (NTP)

Para conocer todos los materiales de capacitación del NTP disponibles, o para suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite:

[CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html)

Si desea formular preguntas sobre productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov

Este módulo de capacitación lo proporciona el Programa de Capacitación Nacional de CMS (NTP en inglés)

Si desea visualizar todos los materiales NTP de CMS, incluso los módulos de capacitación adicional, ayudas laborales, actividades educativas y cronogramas de seminarios y talleres, o suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite: [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram](https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram). Por preguntas sobre estos productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov