



Programa Nacional de Capacitación 2015




Módulo 13

Medicare y otros programas para personas con incapacidades

El Módulo 13 explica Medicare y otros programas para personas con incapacidades.

Este módulo de capacitación fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y el Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal. La información en este módulo fue corregida a partir de octubre de 2015.

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 este documento como recurso informativo 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

- Reconocer la elegibilidad para los programas del Seguro Social
- Resumir la elegibilidad y la inscripción en Medicare
- Describir las opciones de planes Medicare para personas con incapacidades
- Explicar Medicaid y otros programas para las personas con ingresos y recursos limitados
- Saber en qué lugar obtener más información

Esta sesión se centra en cuestiones relativas a las personas con incapacidades y le ayudará a

- Reconocer la elegibilidad para los programas del Seguro Social
- Resumir la elegibilidad y la inscripción en Medicare
- Describir las opciones de planes Medicare para personas con incapacidades
- Explicar Medicaid y otros programas para las personas con ingresos y recursos limitados
- Saber en qué lugar obtener más información

Lección 1: Seguro Social para personas con incapacidades

- Definición de incapacidad
- Seguro por Incapacidad del Seguro Social
- Seguridad de Ingreso Suplementario
- Calificar para estos programas
- Crear una cuenta "*mi* Seguro Social"
- Cómo postularse para obtener beneficios

3

La Lección 1, "Seguro Social para personas con incapacidades", incluye estos temas:

- Definición de incapacidad
- Seguro por Incapacidad del Seguro Social
- Seguridad de Ingreso Suplementario
- Calificar para estos programas
- Crear una cuenta "*mi* Seguro Social"
- Cómo postularse para obtener beneficios

Antecedentes

- **Personas con incapacidades**
 - El grupo de Medicare con mayor crecimiento
 - Aproximadamente 17% de los beneficiarios de Medicare
 - Aproximadamente 9 millones tienen Parte A y/o Parte B
 - Suelen estar sin cobertura médica antes de calificar para Medicare
 - Pueden calificar tanto para Medicare como para Medicaid

Un trabajador de 20 años de edad tiene 1 posibilidad en 4 de adquirir una incapacidad antes de llegar a la edad de jubilarse.

Personas con incapacidades

- Representan el grupo de mayor crecimiento entre la población que tiene derecho a Medicare
 - Constituyen alrededor del 17% de los beneficiarios de Medicare (2014)
- Aproximadamente 9 millones tienen Parte A y/o Parte B (2014)
- Suelen estar sin cobertura médica antes de calificar para Medicare
- Pueden calificar tanto para Medicare como para Medicaid

El Seguro Social analiza de qué manera un trabajador de 20 años de edad tiene 1 posibilidad en 4 de adquirir una incapacidad antes de llegar a la edad de jubilarse.

Definición de incapacidad

- El Seguro Social define incapacidad como la
 - Imposibilidad para asumir una carga considerable de trabajo a causa de una condición médica (física o mental) o una combinación de disfunciones
 - Imposibilidad que se espera que dure al menos 12 meses o que tenga como consecuencia la muerte
- Tiene en cuenta la edad, el nivel educativo y la experiencia laboral
- Visite [socialsecurity.gov/disabilityfacts/](https://www.socialsecurity.gov/disabilityfacts/)

Para que una persona califique en función de una incapacidad, debe cumplir con la definición de incapacidad del Seguro Social (SSA). El SSA define incapacidad como la imposibilidad de asumir una carga considerable de trabajo a causa de una disfunción médica, que se espera dure al menos un año o tenga como consecuencia la muerte.

Se trata de una definición estricta de incapacidad. Las normas del programa del Seguro Social suponen que las familias tienen acceso a otros recursos para proporcionar respaldo durante los períodos de incapacidades a corto plazo, que incluyen seguro de accidente del trabajo, otros seguros, ahorros e inversiones. Para obtener más información, visite [socialsecurity.gov/disabilityfacts/](https://www.socialsecurity.gov/disabilityfacts/).

Proceso para determinar la incapacidad

El Seguro Social usa un proceso de 5 pasos para decidir si usted tiene una incapacidad

1. ¿Está trabajando?
2. ¿Su condición médica es "grave"?
3. ¿Su condición médica se encuentra en la "lista de disfunciones" Y es tan grave como describe la lista?
4. ¿Puede hacer el trabajo que hacía antes?
5. ¿Puede hacer algún otro tipo de trabajo?

El Seguro Social usa un proceso de 5 pasos para decidir si usted tiene una incapacidad.

Paso 1: ¿Está trabajando? Si está trabajando y sus ingresos promedian más de una cierta cantidad por mes, el Seguro Social (SSA) por lo general no lo considerará incapacitado. En 2016, esa cantidad es de \$1,130 por mes (\$1,820 por mes si está ciego). Si sus ingresos son inferiores a esa cantidad, el SSA continúa con el siguiente paso. Más información en socialsecurity.gov/OACT/COLA/sga.html.

Paso 2: ¿Su condición médica es "grave"? Para que el SSA decida que está incapacitado, su condición médica debe limitar significativamente su capacidad de hacer actividades básicas —como caminar, sentarse y recordar— durante por lo menos 1 año. Si su condición médica no es tan grave, el SSA no tendrá en cuenta su incapacidad. Si lo es, el SSA seguirá con el siguiente paso.

Paso 3: ¿Su condición médica está en la "lista de disfunciones"? El SSA tiene una "lista de disfunciones" que describe las condiciones médicas consideradas tan graves que implican la consideración automática como incapacitado. No es suficiente tener una condición que figure en la lista, debe ser tan grave como se describe allí. Por ejemplo, muchas personas sufren de artritis, pero no tan grave como lo exige la lista. Si su condición no está en la lista, el SSA buscará evaluar si su condición es tan grave como alguna otra condición de la lista. Si lo es, el SSA seguirá con el siguiente paso. Visite ssa.gov/disability/professionals/bluebook/AdultListings.htm para ver la lista.

Paso 4: ¿Puede hacer el trabajo que hacía antes? En este punto, el SSA decide si su condición médica le impide la capacidad de desempeñarse en el trabajo que hacía antes. Si lo hace, el SSA seguirá con el siguiente paso.

Paso 5: ¿Puede hacer algún otro tipo de trabajo? Si usted no puede desempeñarse en el trabajo que hacía antes, el SSA buscará evaluar si sería capaz de hacer otro trabajo, teniendo en cuenta su condición médica, su edad, nivel de educación, experiencia laboral anterior y cualquier otra habilidad que usted posea y pueda servir para hacer otro trabajo. Si no puede hacer otro trabajo, el SSA decidirá que usted está incapacitado.

Programas del Seguro Social para personas con incapacidades

- Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) y Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)
 - Los programas federales proporcionan beneficios monetarios para personas con incapacidades
 - Administrados por el Seguro Social
 - Los programas no proporcionan beneficios en efectivo para personas con incapacidad parcial y a corto plazo
 - Ciertos miembros de las familias de trabajadores incapacitados también pueden obtener dinero del SSA

Existen 2 programas federales que proporcionan beneficios monetarios para ciertas personas con incapacidades. Estos programas, administrados por el Seguro Social (SSA), incluyen

- Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

El SSA presta beneficios a las personas que cumplen con la definición estricta de incapacidad. A diferencia de algunos otros programas, el SSA no entrega dinero a personas con incapacidad parcial o a corto plazo.

Ciertos miembros de las familias de trabajadores incapacitados también pueden obtener dinero del SSA. Están listados en la diapositiva 9.

Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)

- SSDI presta beneficios si usted cumple con la definición de incapacidad del Seguro Social.
 - Para usted y ciertos miembros de su familia
 - Si está asegurado
 - Trabajó el tiempo necesario y dejó de hacerlo en el plazo suficiente y pagó impuestos del SSA
- El monto del beneficio monetario se basa en ganancias vitalicias promedio

El seguro de incapacidad del Seguro Social le presta beneficios a usted y a ciertos miembros de su familia si usted está asegurado, es decir, si trabajó el tiempo necesario y dejó de hacerlo en el plazo suficiente y pagó los impuestos del Seguro Social (SSA).

En general, necesita 40 créditos, 20 de los cuales se obtuvieron en los últimos 10 años que terminaron con el año en que adquirió la incapacidad. No obstante, los trabajadores más jóvenes pueden calificar con menos créditos.

El beneficio monetario para el cual usted es elegible está basado en sus ganancias vitalicias promedio.

En general, sus beneficios por incapacidad continuarán mientras no mejore su condición médica y usted no pueda trabajar. Los beneficios no necesariamente continuarán por tiempo indefinido. Debido a los avances en las ciencias médicas y las técnicas de rehabilitación, muchas personas con incapacidad se recuperan de accidentes y enfermedades graves. El SSA revisará su caso periódicamente para asegurarse de que su incapacidad continúa.

¿Quiénes pueden obtener beneficios del Seguro Social por incapacidad?

Trabajador/a	Viudo/a	Hijo/a
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted tiene que haber pagado el Seguro Social durante el tiempo y el plazo necesarios. ▪ Cuando usted está incapacitado, los miembros de su familia pueden calificar para recibir beneficios basados en su expediente: hijos, cónyuge y cónyuge divorciado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A los 50 si usted es viudo/a incapacitado/a. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Está incapacitado antes de los 22 y permanece con la incapacidad. Debe tener 18 o más y no estar casado.

Las personas que pueden recibir la Cobertura del Seguro Social por Incapacidad incluyen

- Trabajador/a, si paga el monto suficiente al Seguro Social (SSA) para calificar
- Un cónyuge
 - A los 62 años o más
 - A cualquier edad si está a cargo de un niño menor de 16 años o incapacitado
 - A los 50 si el postulante es viudo/a incapacitado/a
- Los cónyuges divorciados pueden calificar si
 - Estuvieron casados con el trabajador durante al menos 10 años
 - No están casados
 - No tienen derecho por su propio expediente a un beneficio del Seguro Social más elevado
- Un hijo/a
 - Un hijo/a menor de 18 años puede estar incapacitado/a, pero el SSA no necesita evaluarle la incapacidad cuando decide si el chico/a califica para recibir beneficios como dependiente de una persona. Los beneficios del hijo/a normalmente cesan a los 18 años, salvo que sea estudiante de tiempo completo (los beneficios continúan hasta los 19) o si está incapacitado/a
 - No casado ni incapacitado antes de los 22

Calificación para el Seguro por Incapacidad del Seguro Social

- Usted debe superar 2 pruebas de ingresos diferentes
 - La prueba del "trabajo reciente" basada en su edad al momento en que adquirió la incapacidad
 - La prueba de la "duración del trabajo" para demostrar que usted trabajó el tiempo suficiente con el Seguro Social
- Las pruebas se basan en cuántos créditos ha ganado
 - También se denominan créditos laborales o trimestres de cobertura
 - En 2016, obtiene 1 crédito por cada \$1,260 de ingresos
 - Hasta un máximo de 4 créditos por año

En general, para recibir los beneficios por incapacidad, debe superar 2 pruebas de ingresos diferentes:

- Una prueba del "trabajo reciente" basada en su edad al momento en que adquirió la incapacidad
- Una prueba de la "duración del trabajo" para demostrar que usted trabajó el tiempo suficiente con el Seguro Social

Ciertos trabajadores ciegos sólo deben cumplir la prueba de "duración del trabajo".

La calificación para el Seguro por Incapacidad del Seguro Social está determinada por sus créditos laborales del Seguro Social (también llamados trimestres de cobertura) que se basan en sus ganancias. En 2016, se obtiene 1 crédito por cada \$1,260 de ganancias (cambia anualmente), hasta un máximo de 4 créditos por año.

Prueba del "trabajo reciente" para el Seguro por Incapacidad del Seguro Social

Si adquiere una incapacidad...	En general necesitará...
Antes de los 24	1½ año de trabajo (6 créditos) en los 3 años anteriores a su incapacidad
Entre los 24 y los 30	Créditos suficientes por la mitad del tiempo transcurrido entre los 21 y la edad en la que adquirió la incapacidad
Cuando tiene 31 años o más	Por lo menos 20 créditos en los 10 años inmediatamente anteriores a adquirir la incapacidad

Esta tabla muestra las reglas en cuanto a la cantidad de trabajo que necesita para la prueba de "trabajo reciente" en función de la edad que tenía cuando comenzó su incapacidad.

- Si adquiere una incapacidad antes de los 24, en general necesitará 1½ años de trabajo (6 créditos) en los 3 años anteriores al inicio de la incapacidad.
- Si adquiere una incapacidad entre los 24 y los 30, en general necesita créditos laborales por la mitad del tiempo transcurrido entre los 21 y la edad en la que adquirió la incapacidad.
 - Por ejemplo, si adquirió una incapacidad a los 27, entonces necesitará 3 años de trabajo dentro de un período de 6 años (desde los 21 hasta los 27).
- Si tenía 31 o más cuando adquirió la incapacidad, debe tener al menos 20 créditos en los 10 años inmediatamente anteriores a adquirir la incapacidad.

Prueba de "duración del trabajo" para el Seguro por Incapacidad del Seguro Social

Si adquiere una incapacidad...	En general necesitará...
Antes de los 28	1.5 años de trabajo
30	2 años
34	3 años
38	4 años
42	5 años
46	6 años
50	7 años
54	8 años
58	9 años

*Esta tabla no abarca todas las situaciones.
Estos son ejemplos de la cantidad de trabajo necesaria para la prueba.

Esta tabla muestra ejemplos de cuánto trabajo se necesita para superar la "prueba de la duración del trabajo" según las distintas edades de inicio de la incapacidad. Para la prueba de "duración del trabajo", su trabajo no tiene que estar dentro de cierto período de tiempo.

Ciertos trabajadores ciegos sólo deben cumplir la prueba de "duración del trabajo".

Período de Espera para el Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)

- Existe un período de espera de 5 meses desde el momento en que comenzó la incapacidad hasta el inicio de los beneficios SSDI
 - Salvo las personas elegibles para beneficios de incapacidad en la niñez
 - Y
 - Algunas personas que han calificado anteriormente para recibir beneficios por incapacidad (en los últimos 5 años)

En la mayoría de los casos, existe un período de espera de 5 meses calendario completos desde el momento en que comenzó la incapacidad hasta el inicio de sus beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social. Una vez aprobada su solicitud, recibirá su primer beneficio del Seguro Social a partir del 6.º mes completo posterior a la fecha en que comenzó su incapacidad.

- Si el SSA decide que su incapacidad comenzó el 15 de enero, su primer beneficio por incapacidad se pagaría para el mes de julio.
- Los beneficios del Seguro Social se pagan durante el mes posterior al mes en el cual corresponde recibirlos, de modo que el cheque para el beneficio de julio lo recibirá en agosto.

El período de espera de 5 meses para beneficios en efectivo no se aplica a personas que recibieron beneficios por incapacidad en la niñez o a ciertas personas que tenían derecho con anterioridad a los beneficios por incapacidad (en los últimos 5 años).

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

- Programa federal basado en las necesidades
 - Presta beneficios monetarios a ciertas personas incapacitadas con ingresos y recursos limitados
 - Sin necesidad de créditos laborales para calificar
 - Si es elegible, es posible que también califique para Medicaid en la mayoría de los estados
- La cantidad básica de SSI es la misma en toda la nación
 - La cantidad se reduce al restar los ingresos contables
 - Algunos estados añaden dinero al beneficio básico
 - En 2016, \$733 para una persona elegible
 - \$1,100 para una persona elegible con cónyuge elegible
- Puede calificar tanto para pagos de SSI como de SSDI

El programa Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) es un programa federal basado en las necesidades. SSI realiza pagos a personas con ingresos y recursos limitados que tienen 65 años o más, son ciegos o tienen una incapacidad. Los hijos incapacitados o ciegos también pueden recibir SSI.

- No hay necesidad de créditos laborales para calificar.
- Si es elegible, es posible que también califique para Medicaid en la mayoría de los estados.

El Seguro Social (SSA) gestiona el programa SSI. Aunque el SSA gestiona el programa, SSI se paga a través de fondos generales del Tesoro de EE. UU., no mediante impuestos del SSA.

La cantidad básica de SSI es la misma en toda la nación. No obstante, algunos estados añaden dinero al beneficio básico. Las cantidades mensuales federales máximas para 2016 son \$733 para una persona elegible y \$1,100 para una persona con un cónyuge elegible. La cantidad mensual se reduce al restar los ingresos contables mensuales.

El ingreso es todo lo que usted recibe en un mes calendario y puede usar para cubrir sus necesidades de alimento o vivienda. Puede ser en dinero en efectivo o en especie. El ingreso en especie no es dinero en efectivo; es comida o vivienda, o algo que se pueda usar para esos fines.

El ingreso contable es la cantidad que queda después de:

- Eliminar de toda consideración los elementos que no constituyen ingresos, y de
- Solicitar todas las exclusiones apropiadas para los elementos que sí son ingresos

El ingreso contable se determina en función de un mes calendario. Es la cantidad real que se resta al beneficio federal máximo para determinar su elegibilidad y calcular la cantidad de su pago mensual.

Usted puede calificar tanto para SSI como para SSDI si cumple los requisitos de elegibilidad de ambos programas.

Cómo calificar para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

- En general, para ser elegible para SSI, usted debe
 - Tener 65 o más, ser ciego o incapacitado
 - Tener ingresos y recursos limitados
 - Menos de \$2,000 en recursos para una persona, menos de \$3,000 para una pareja casada
 - Ser ciudadano o nacionalizado estadounidense o extranjero calificado, y
 - Residir en 1 de los 50 estados, el Distrito de Columbia o las Islas Marianas del Norte

En general, para ser elegible para la Seguridad de Ingreso Suplementario, usted debe:

- Tener 65 o más, ser ciego o incapacitado
- Tener recursos e ingresos limitados: menos de \$2,000 en recursos para una persona, menos de \$3,000 para una pareja casada
- Ser ciudadano o nacionalizado estadounidense, o extranjero calificado (un no ciudadano que vivió legalmente en los Estados Unidos al 22 de agosto de 1996)
- Residir en 1 de los 50 estados, el Distrito de Columbia o las Islas Marianas del Norte

Solicitud de los beneficios por incapacidad

- Para solicitar los beneficios por incapacidad, necesitará lo siguiente
 - Número del Seguro Social
 - Acreditación de la edad
 - Información del proveedor de atención médica
 - Registros médicos, incluso los resultados de las pruebas/análisis de laboratorio y medicaciones
 - Historial laboral
 - Formulario W-2 más reciente o declaración impositiva de trabajador por cuenta propia
- No espere para presentar la solicitud
 - Incluso si todavía está reuniendo la información

Usted debe solicitar los beneficios para incapacidad no bien adquiera la incapacidad. El Seguro Social (SSA) puede ser capaz de procesar su solicitud más rápido si usted proporciona

- Su número de Seguro Social y el de sus dependientes
- Su certificado de nacimiento, certificado de bautismo o algún otro documento que acredite su edad
- Nombres, direcciones y números telefónicos de los médicos, asesores de planes, hospitales y clínicas que lo atendieron y las fechas de sus visitas
- Nombres y dosis de todas las medicaciones que toma
- Archivos médicos de sus doctores, terapeutas, hospitales, clínicas y asesores de planes que estén en su poder
- Resultados de pruebas y análisis de laboratorio
- Un resumen del lugar en el que trabajó y el tipo de trabajo que hizo
- Una copia de su formulario W-2 más reciente o de su declaración impositiva federal de trabajador por cuenta propia

No debe esperar para presentar la solicitud si no cuenta con toda esta información. La oficina de SSA le ayudará a reunir la información que necesita. Si tiene un empleo en el ferrocarril, llame a la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) al 1-877-772-5772 o a su oficina RRB local. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al (312) 751-4701.

NOTA: Si presenta la solicitud para la Seguridad de Ingreso Suplementario, también necesita proporcionar cierta información financiera sobre sus ingresos y recursos para que se pueda determinar si reúne los requisitos.

Cómo postularse para los beneficios por incapacidad

- En línea, visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov)
- Por teléfono
 - Llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) y pida una cita para presentar su reclamación por teléfono
- En persona
 - Llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) y pida una cita para presentar su reclamación en su oficina local del Seguro Social
- El tiempo de procesamiento promedio es de 3 a 5 meses

Puede solicitar los beneficios por incapacidad de las siguientes maneras:

En línea

- Visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov).
 - Para el Seguro por Incapacidad del Seguro Social: puede completar las porciones médicas y no médicas de la solicitud en línea.
 - Para la Seguridad de Ingreso Suplementario: puede completar sólo la porción médica en línea. Debe completar la porción no médica en persona o por teléfono.

Por teléfono

- Llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) y pida una cita para presentar una reclamación de incapacidad por teléfono.

En persona

- Llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) y pida una cita para presentar una reclamación de incapacidad en su oficina local del Seguro Social (SSA).

La entrevista de reclamaciones por incapacidad dura 1 hora. Si programa una cita, el SSA le enviará el "Conjunto inicial para incapacidad" para ayudarlo a prepararse para la entrevista. También puede visitar [socialsecurity.gov/disability](https://www.socialsecurity.gov/disability).

Puede llevar de 3 a 5 meses procesar una solicitud para obtener beneficios por incapacidad. Tendrá que llenar varios formularios para solicitar los beneficios por incapacidad, que incluyen una solicitud para beneficios del Seguro Social y el "Informe de incapacidad para adultos" (puede completar este informe en línea o imprimirlo y entregar una copia completa a su oficina local de SSA).

También tendrá que llenar formularios que reúnen información sobre su condición médica y de qué manera afecta su capacidad para trabajar, y otros formularios que otorgan permiso a los médicos, hospitales y otros profesionales de la salud que lo atendieron a enviar información sobre su condición médica al SSA.

Subsidios compasivos

- Una manera de acelerar el procesamiento de las reclamaciones por incapacidad de SSDI y SSI para los postulantes con condiciones médicas graves
 - No es un programa individual de SSDI/SSI
- Si su condición médica está en la "Lista de subsidios compasivos (CAL)", su solicitud de SSDI/SSI se acelera
 - Puede obtener una decisión en un plazo de semanas en lugar de meses
- Ejemplos: Cáncer inflamatorio de mama, cáncer de páncreas, enfermedad de Huntington con aparición en adultos

La iniciativa de "subsidios compasivos (CAL)" es una manera de acelerar el procesamiento de las reclamaciones del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) y de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) para postulantes cuyas condiciones médicas son tan graves que es obvio que cumplen con la definición de incapacidad del Seguro Social (SSA). No se trata de un programa individual de SSI y SSDI.

Las condiciones de CAL constituyen una manera de identificar rápidamente las condiciones médicas que cumplen los requisitos de la "Lista de incapacidades" con una mínima cantidad de información.

No hay ninguna solicitud o formulario especial que sea exclusivo para la iniciativa CAL. Las personas con una condición CAL siguen utilizando el proceso estándar del SSA en la presentación de las reclamaciones para recibir los beneficios de SSDI, SSI o SSDI y SSI combinados. El SSA acelerará las solicitudes de quienes posean una condición CAL. Las personas con condiciones CAL pueden obtener una decisión sobre sus reclamaciones en cuestión de semanas en lugar de meses o años.

Las condiciones CAL se seleccionan usando información de las audiencias públicas de divulgación, los comentarios del SSA y de las comunidades, asesores de especialistas médicos y científicos de los Servicios de Determinación de Incapacidad y las investigaciones de los Institutos Nacionales de la Salud. Además, el SSA considera qué condiciones es más probable que cumplan con su definición actual de incapacidad.

Visite [socialsecurity.gov/compassionateallowances](https://www.socialsecurity.gov/compassionateallowances) para ver la lista de condiciones CAL.

NOTA: Los miembros del servicio militar también pueden obtener un procesamiento acelerado de las reclamaciones por incapacidad por parte del SSA. El proceso acelerado se usa para los miembros del servicio militar que adquirieron la incapacidad mientras estaban en servicio activo el 1 de octubre de 2001 o después de esa fecha.

Decisión de incapacidad

- Usted recibirá una carta cuando el Seguro Social tome una decisión sobre su reclamación
 - Si se aprueba su solicitud, la carta indicará
 - La cantidad del beneficio
 - La fecha de inicio del pago
 - Si no se aprueba su solicitud, la carta indicará
 - Las razones para el rechazo
 - Cómo apelar si no está de acuerdo con la decisión

El Seguro Social le enviará una carta cuando tome una decisión sobre su caso. Si se aprueba su solicitud, la carta indicará la cantidad de su beneficio y cuándo comenzarán los pagos. Si no se aprueba su solicitud, la carta explicará el porqué y le indicará cómo apelar la decisión si no está de acuerdo. Si no está de acuerdo con una decisión que se tomó sobre su reclamación, puede apelar. Los pasos que puede seguir, se explican en "El proceso de apelación" (Publicación No. 05-10041), que está disponible en ssa.gov/pubs/?topic=Disability.

Crear una cuenta "**mi Seguro Social**" (socialsecurity.gov/myaccount)

- Realizar un seguimiento de sus ganancias, verificarlas todos los años
- Obtener un cálculo estimado de sus beneficios futuros si todavía está trabajando
- Obtener una carta que acredite sus beneficios si los está recibiendo actualmente
- Administrar sus beneficios
- Cambiar su dirección
- Iniciar o cambiar su depósito directo
- Conseguir una sustitución de SSA-1099 o de SSA-1042S

¡NUEVO!

Aunque no tenga una incapacidad, probablemente planea recibir beneficios del Seguro Social algún día. Tal vez desee tener una cuenta "mi Seguro Social" para

- Realizar un seguimiento de sus ganancias, verificarlas todos los años
- Obtener un cálculo estimado de sus beneficios futuros si todavía está trabajando
- Obtener una carta que acredite sus beneficios si los está recibiendo actualmente
- Administrar sus beneficios
- Cambiar su dirección
- Iniciar o cambiar su depósito directo
- Obtener una sustitución de los formularios impositivos SSA-1099 (ingresos del Seguro Social) o SSA-1042S (ingresos del Seguro Social para no ciudadanos)

Además el Seguro Social también tiene una hoja de datos para ayudarlo a usted o a otros a crear una cuenta en ssa.gov/pubs/EN-05-10540.pdf.

Compruebe su conocimiento: pregunta 1

Anne tiene 25 años y ha padecido una incapacidad grave desde su nacimiento. Nunca trabajó a causa de su incapacidad, que cumple con la definición y los criterios del Seguro Social (SSA).

¿Para qué tipo de beneficio(s) del SSA podría ser elegible Anne?

- a. Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)
- b. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- c. Tanto SSDI como SSI
- d. Ni SSDI ni SSI

Compruebe su conocimiento: pregunta 1

Anne tiene 25 años y ha padecido una incapacidad grave desde su nacimiento. Nunca trabajó a causa de su incapacidad, que cumple con la definición y los criterios del Seguro Social (SSA). ¿Para qué tipo de beneficio(s) del SSA podría ser elegible Anne?

- a. Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)
- b. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- c. Tanto SSDI como SSI
- d. Ni SSDI ni SSI

Respuesta: c. Tanto SSDI como SSI.

El programa SSDI presta beneficios a adultos que tienen una incapacidad que comenzó antes de que cumplieran 22. Consideremos este beneficio de SSDI como un beneficio de "hijo/a" porque se paga sobre el expediente de ganancias del Seguro Social de uno de los padres.

Para que un adulto incapacitado tenga derecho a este beneficio por "hijo/a", uno de sus padres:

- Debe recibir beneficios por incapacidad o jubilación del Seguro Social, o
- Debe haber fallecido y trabajado el tiempo suficiente con el Seguro Social.

Estos beneficios también se pagan a un adulto que recibió beneficios para dependientes por el expediente de ganancias del Seguro Social de uno de los padres antes de los 18 años, si su prestación se desactivó a los 18. El SSA toma la decisión de incapacidad utilizando las normas de incapacidad para adultos. Los beneficios de SSDI por "hijo/a" adulto/a desactivado/a continúan mientras la persona continúe con la incapacidad. Un hijo/a no tiene necesidad de haber trabajado para obtener estos beneficios.

A los fines de la incapacidad en el programa de SSI, un hijo/a se convierte en adulto a los 18, y se utilizan diferentes normas médicas y no médicas en la decisión de otorgar pagos por incapacidad a un adulto a través de SSI. El SSA tiene en cuenta sólo los ingresos y recursos del adulto. El SSA también usa las normas de incapacidad para adultos cuando decide si un adulto está incapacitado.

Lección 2 — Medicare para personas con incapacidades

- ¿Qué es Medicare?
- ¿Quién reúne los requisitos?
- Cómo inscribirse

La Lección 2, "Medicare para personas con incapacidades", explica el programa Medicare, que incluye

- ¿Qué es Medicare?
- ¿Quién reúne los requisitos?
- Cómo inscribirse

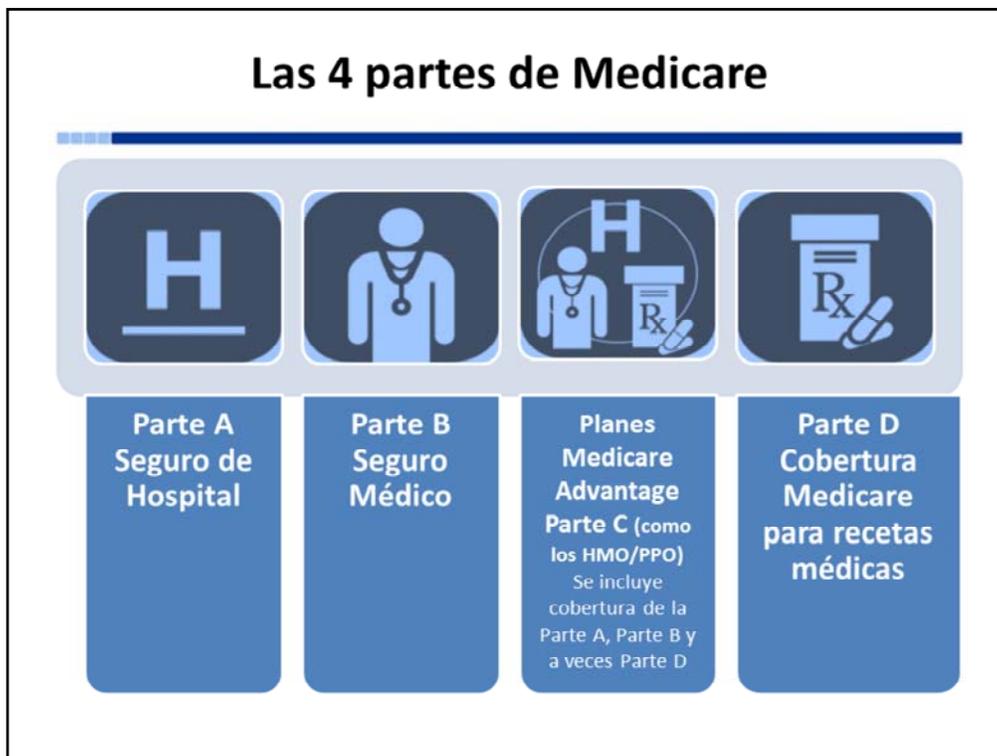
¿Qué es Medicare?

- Seguro médico para 3 grupos de personas
 - Personas de 65 años o más
 - Personas de cualquier edad que tienen Enfermedad Renal en Etapa Terminal
 - Personas con ciertas incapacidades
 - Menores de 65 con derecho a recibir los beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social durante 24 meses.
 - Cualquier edad con esclerosis lateral amiotrófica (ALS), conocida como enfermedad de Lou Gehrig

Medicare es un seguro médico para 3 grupos de personas

- Personas de 65 años o más.
- Personas de cualquier edad que tienen Enfermedad Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante).
- Personas menores de 65 con ciertas incapacidades que tienen derecho a los beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario durante 24 meses.
 - El período de espera de 24 meses de Medicare no se aplica a personas incapacitadas con esclerosis lateral amiotrófica (ALS), conocida como enfermedad de Lou Gehrig. Las personas con ALS obtienen Medicare el primer mes en que tienen derecho a los beneficios por incapacidad.

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, el cuidado de hospicio y la sangre.
- La **Parte B (Seguro Médico)** ayuda a cubrir los servicios necesarios por razones médicas como las visitas médicas y el cuidado de paciente 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.
- 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 por receta). Los planes de MA los gestionan compañías de seguro privadas que aprueba Medicare. Estos planes deben cubrir los 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 Recetas Médicas)** ayuda a pagar las recetas médicas de pacientes ambulatorios y puede ayudar a disminuir los costos de medicamentos recetados y brindar protección frente a subas futuras de costos.

Cómo calificar para Medicare con base en la incapacidad

- Medicare suele comenzar después de recibir el Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) durante 24 meses
 - A menos que tenga esclerosis lateral amiotrófica
 - Medicare comienza el primer mes que tiene derecho a recibir SSDI
- En general, esto significa que recibe Medicare en el mes n.º 30 posterior a la adquisición de la incapacidad
 - Período de espera de 5 meses para los beneficios de SSDI
 - Seguido por un período de espera de 24 meses para Medicare

Medicare también cubre 2 grupos adicionales:

- Personas menores de 65 años con una incapacidad que han tenido derecho a los beneficios del Seguro Social (SSA) durante 24 meses.
- Personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) que cumplen requisitos de ingresos especiales para SSA. Las personas con ESRD no necesitan tener derecho a los beneficios del Seguro Social para cumplir los requisitos para Medicare. Sin embargo, si también tienen derecho a recibir beneficios por incapacidad, pueden calificar para ambos programas.

En la mayoría de los casos, usted debe tener derecho a los beneficios por incapacidad durante 24 meses antes de que pueda comenzar Medicare. Puesto que existe un período de espera de 5 meses para el Seguro por Incapacidad del Seguro Social, lo antes que Medicare puede comenzar suele ser el trigésimo mes después de adquirir la incapacidad. Sin embargo, hay 2 excepciones:

- El período de espera de 5 meses para beneficios en efectivo no se aplica a personas que recibieron beneficios por incapacidad en la niñez o a ciertas personas que tenían derecho con anterioridad a los beneficios por incapacidad (en los últimos 5 años).
- El período de espera de 24 meses de Medicare no se aplica a personas incapacitadas con esclerosis lateral amiotrófica (ALS), conocida como enfermedad de Lou Gehrig. Las personas con ALS obtienen Medicare el primer mes en que tienen derecho a los beneficios por incapacidad.

Inscripción automática en Medicare

- Usted queda automáticamente inscrito en Medicare si reúne los requisitos por incapacidad
- Recibirá un paquete del período de inscripción inicial
 - 3 meses antes del mes n.º 25 de recibir beneficios por incapacidad
 - Si padece de esclerosis lateral amiotrófica: alrededor de 4 meses después de tener derecho a Medicare
- Necesita decidir si
 - Conserva la Parte B
 - Se inscribe en la Parte D



Automáticamente recibirá la Parte A y la Parte B después de obtener los beneficios por incapacidad del Seguro Social (SSA) o ciertos beneficios por incapacidad de la Junta de Retiro Ferroviario durante 24 meses. Si usted tiene esclerosis lateral amiotrófica (ALS), también conocida como enfermedad de Gehrig, recibirá automáticamente la Parte A y Parte B el mes en que comienzan los beneficios de su incapacidad.

Obtendrá la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare por correo postal, 3 meses antes de su vigésimo quinto mes de incapacidad. Si no desea tener la Parte B, siga las instrucciones que vienen con la tarjeta y devuélvala. Si conserva la tarjeta, conservará la Parte B y retendrá las primas de la Parte B. Llame a SSA al 1-800-772-1213 si no le llega la tarjeta.

Si tiene cobertura del empleador o el 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. 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. Algunas veces debe tener la Parte B si

- Desea adquirir una póliza Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
- Desea inscribirse en un Plan Medicare Advantage
- Usted es elegible para TRICARE
- La cobertura del empleador le exige a usted o a su cónyuge o miembro de la familia que lo tenga (hable con su administrador de beneficios del sindicato o empleador)

Aunque actualmente no tome ningún medicamento recetado, debería considerar inscribirse en un plan Medicare para medicinas (Parte D). Si decide no hacerlo cuando es elegible por primera vez y no tiene otra cobertura de medicamentos por receta acreditable, o si no recibe ayuda adicional, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía si se registra más adelante.

Derecho retroactivo a Medicare

- En algunos casos, su derecho a Medicare puede ser retroactivo
 - Si sus beneficios por incapacidad son retroactivos
 - Su tarjeta Medicare mostrará la fecha de vigencia
 - Si recibió servicios cubiertos por Medicare con anterioridad
 - Puede solicitar que su proveedor envíe esas reclamaciones a Medicare
 - Los servicios deben haber sido recibidos después de la fecha de vigencia en su tarjeta Medicare

En algunos casos, una determinación de incapacidad puede realizarse en función de un recurso de apelación, que le brinda una fecha de efectividad del derecho a recibir beneficios por incapacidad. En otros casos, si su solicitud no es procesada en tiempo y forma, puede tener derecho a una cobertura retroactiva de Medicare Parte A.

En algunos casos, su derecho a Medicare puede ser retroactivo

- Si sus beneficios por incapacidad son retroactivos
- Su tarjeta Medicare mostrará la fecha de vigencia

Si recibió servicios cubiertos por Medicare con anterioridad, puede solicitar que su proveedor envíe esas reclamaciones a Medicare. Los servicios deben haber sido recibidos después de la fecha de vigencia en su tarjeta Medicare.

Información recibida con determinación retroactiva

- Recibirá esta información con su determinación:
 - La fecha de entrada en vigencia de su cobertura de la Parte A (el mes n.º 25 de obtener su derecho a recibir el beneficio por incapacidad)
 - La fecha de entrada en vigencia de su cobertura de la Parte B (mes de procesamiento) y la opción de elegir la cobertura de la Parte B a partir del mes n.º 25 de obtener su derecho a recibir el beneficio por incapacidad
 - Para ejercer su opción a la cobertura retroactiva de la Parte B, debe enviar una solicitud por escrito y acordar el pago de todas las primas retroactivas adeudadas

Recibirá esta información con su determinación:

- La fecha de entrada en vigencia de su cobertura de la Parte A (el vigésimo quinto mes de obtener su derecho a recibir el beneficio por incapacidad)
- La fecha de entrada en vigencia de su cobertura de la Parte B (mes de procesamiento) y la opción de elegir la cobertura de la Parte B a partir del vigésimo quinto mes de obtener su derecho a recibir el beneficio por incapacidad

Para ejercer su opción a la cobertura retroactiva de la Parte B, debe enviar una solicitud por escrito y acordar el pago de todas las primas retroactivas adeudadas. Si elige la cobertura retroactiva de la Parte B, obtendrá una segunda carta que le indicará que tiene cobertura retroactiva de la Parte B. La carta también otorga instrucciones al proveedor para tramitar reclamaciones de la Parte B fuera del plazo límite de presentación.

Independientemente de la situación, su fecha de inicio de la Parte A siempre será el vigésimo quinto mes posterior a la aprobación de su beneficio por incapacidad. La fecha de inicio de su Parte B será el vigésimo quinto mes posterior a la aprobación de su beneficio por incapacidad si, al momento en que se procesa la solicitud por incapacidad, usted debe menos de 6 meses de primas anteriores de la Parte B. Si debe 6 meses o más de primas, la Parte B entrará en vigencia el mes en que su solicitud por incapacidad sea procesada.

NOTA: Puesto que existe incertidumbre para determinar el Período de Inscripción Inicial (IEP) para una tramitación individual de renovación del derecho a obtener los beneficios por incapacidad, la solicitud de inscripción de la Parte B se considerará presentada en el tercer mes del IEP. Esto garantiza que usted tenga la oportunidad de recibir cobertura en la fecha más próxima posible.

¿Cuánto tiempo tiene derecho a recibir Medicare?

- Tan pronto como cumpla con la definición de incapacidad del SSA
- El SSA ha desarrollado incentivos si usted regresa a trabajar
 - Medicare continúa si usted está trabajando pero está incapacitado
 - Usted puede recibir eximición de las primas de la Parte A durante 8½ años al regresar a trabajar
 - Después puede comprar la cobertura de la Parte A
- La razón por la que su derecho a recibir Medicare cambia a los 65
 - Todas las sanciones que pueda haber recibido por inscripción tardía se eliminan en ese momento

Usted tiene derecho a Medicare mientras continúe reuniendo los requisitos para los beneficios por incapacidad del Seguro Social. Si el Seguro Social (SSA) determina que sus beneficios por incapacidad deben detenerse porque su condición ha mejorado y no se lo considera más incapacitado, su cobertura Medicare terminará el mismo mes que sus beneficios por incapacidad.

El SSA ha desarrollado incentivos para respaldar a las personas que siguen estando incapacitadas por razones médicas pero que intentan trabajar a pesar de su incapacidad. La continuación de la cobertura de Medicare es un tipo de incentivo.

- Usted puede llegar a tener por lo menos 8½ años de cobertura ampliada de Medicare si regresa a trabajar. Medicare continúa incluso si el SSA determina que usted no puede seguir recibiendo beneficios en efectivo porque sus ingresos están por encima del nivel sustancial y lucrativo.
- Si, una vez agotados los 8½ años de ampliación de cobertura de Medicare, continúa trabajando y continúa teniendo una imposibilidad física o mental incapacitante, puede comprar la Parte A, o la Parte A y B por el resto del tiempo que continúe su incapacidad. Esta prestación se llama "Medicare para incapacitados que trabajan". En algunos casos, el estado puede ayudarlo a pagar sus primas de la Parte A. Consulte la diapositiva 45 para obtener más información.
- Si usted pagaba una prima aumentada de la Parte B durante el tiempo en que recibía eximición de las primas de la Parte A, pero ahora es elegible para la Parte B porque se está inscribiendo en la Parte A para incapacitados que trabajan, su prima de la Parte B volverá a la tarifa estándar.

Si recibe Medicare por incapacidad cuando cumple 65, tendrá continuidad de cobertura sin interrupciones. Recibe la Parte A sin cargo, incluso si ha estado pagándola antes. Sin embargo, la razón para su derecho a recibir Medicare cambia de incapacidad a la edad. Si no tenía la Parte B cuando se inició su incapacidad, automáticamente quedará inscrito en la Parte B al cumplir 65 y nuevamente podrá decidir si mantiene la cobertura o no. Si usted pagaba una multa por inscripción tardía en la Parte B mientras estaba incapacitado, la multa será eliminada cuando cumpla 65.

Compruebe su conocimiento: pregunta 2

James adquirió el derecho a recibir Seguro por Incapacidad del Seguro Social a los 60 y Medicare a los 62. No tuvo Parte B cuando resultó elegible por primera vez y no tuvo cobertura del empleador. Se postula para la Parte B durante el Período de Inscripción Inicial cuando cumple 65. ¿A cuánto asciende su multa por inscripción tardía en la Parte B?

- a. 10%
- b. 20%
- c. 30%
- d. Sin multa

Compruebe su conocimiento: pregunta 2

James adquirió el derecho a recibir Seguro por Incapacidad del Seguro Social a los 60 y Medicare a los 62. No tuvo Parte B cuando resultó elegible por primera vez y no tuvo cobertura del empleador. Se postula para la Parte B durante el Período de Inscripción Inicial cuando cumple 65. ¿A cuánto asciende su multa por inscripción tardía en la Parte B?

- a. 10%
- b. 20%
- c. 30%
- d. Sin multa

Respuesta: d. Sin multa.

Si recibe Medicare por incapacidad cuando cumple 65, tendrá continuidad de cobertura sin interrupciones. Recibe la Parte A sin cargo, incluso si ha estado pagándola antes. Sin embargo, la razón para su derecho a recibir Medicare cambia de incapacidad a la edad. Si no tenía la Parte B cuando se inició su incapacidad, automáticamente quedará inscrito en la Parte B al cumplir 65 y nuevamente podrá decidir si mantiene la cobertura o no. Si usted pagaba una multa por inscripción tardía en la Parte B mientras estaba incapacitado, la multa será eliminada cuando cumpla 65.

Lección 3 — Opciones de planes de Medicare para personas con incapacidades

- Opciones de planes de salud y medicamentos Medicare
- Coordinación de beneficios de Medicare para personas con incapacidades
- Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)

La Lección 3, "Opciones de planes de Medicare para personas con incapacidades", explica

- Opciones de planes de salud y medicamentos Medicare
- Coordinación de beneficios de Medicare para personas con incapacidades
- Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)

Opciones de planes de Medicare para personas con incapacidades

- Todos los planes de Medicare están disponibles
 - Medicare Original
 - Planes Medicare Advantage (MA)
 - Otros planes de Medicare
 - Planes de Medicamentos Recetados de Medicare
 - Agregar a Medicare Original
 - Inscribirse en un plan MA con cobertura para medicamentos
- Las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal tienen opciones más limitadas

Están disponibles las mismas opciones del plan de salud Medicare para personas con incapacidades y para personas de 65 años o más, salvo para quienes padecen Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD). Usted puede elegir Medicare Original, un plan Medicare Advantage (MA) u otro plan Medicare disponible en su área. Otros tipos de plan de Medicare incluyen los planes de Costos de Medicare, los programas piloto/de prueba y lo(s) Programa(s) de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

También puede inscribirse en un Plan Medicare para medicinas. La inscripción en un plan Medicare para medicinas es opcional pero puede proporcionar ahorros sustanciales para personas con condiciones médicas crónicas. La cobertura Medicare para recetas médicas se suma a su cobertura de servicios de salud de Medicare. Ayuda a pagar los medicamentos recetados que se necesitan por razones médicas, genéricos y de marca. Todas las personas con Medicare son elegibles para inscribirse en un plan Medicare para medicinas. Para obtener cobertura debe inscribirse en un plan.

Existen 2 maneras principales de obtener cobertura Medicare para recetas médicas:

- Inscribirse en un plan Medicare para Recetas Médicas (PDP). Estos planes agregan cobertura a Medicare Original y pueden sumarse a otros tipos de planes de salud de Medicare (pero no a los planes Medicare Advantage [MA]).
- Inscribirse en un plan MA con cobertura de recetas médicas (MA-PD) (como el de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o el de una Organización de Proveedores Preferidos) u otro plan de salud de Medicare que incluya cobertura Medicare para recetas médicas.

Si usted tiene ESRD, no puede inscribirse en un Plan MA salvo bajo ciertas excepciones limitadas:

- Si cuando surge la ESRD, ya está inscripto en un Plan MA, tiene la posibilidad de permanecer en el plan o de inscribirse a otro plan que le ofrezca la misma compañía.
- Si tiene un plan de empleador o de sindicato u otra cobertura de salud a través de una compañía que ofrece Planes MA, tiene la posibilidad de inscribirse en uno de esos Planes MA.
- Si recibió un trasplante exitoso de riñón, tiene la posibilidad de inscribirse en un Plan MA.
- Tiene la posibilidad de inscribirse en un Plan Medicare para Necesidades Especiales para personas con ESRD, si se encuentra disponible en su área.

Medicare y otros seguros

- Cuando Medicare se basa en la incapacidad **y** usted tiene cobertura de salud a través de un empleo actual
 - Si está trabajando y cubierto por un amplio Plan de Salud Grupal del Empleador (EGHP) o
 - Si está cubierto por un amplio EGHP de un cónyuge u otro miembro de la familia que trabaja.
- Medicare es pagador secundario
 - Si su empleador tiene 100 empleados o más
 - Si usted es trabajador por cuenta propia y está cubierto por un amplio EGHP de un empleador con 100 empleados o más

Puede tener Medicare y otro seguro de salud. Medicare es el pagador secundario si tiene menos de 65 años, derecho a Medicare por incapacidad y está cubierto por un amplio Plan de Salud Grupal del Empleador (EGHP) a través de un empleo actual, ya sea propio o de otro miembro de la familia. En esta instancia, el empleador debe tener 100 empleados o más.

Medicare también es el pagador secundario si usted tiene menos de 65 años y está incapacitado, es trabajador por cuenta propia o miembro de la familia que trabaja por cuenta propia y está cubierto por un amplio EGHP de un empleador que tiene 100 empleados o más.

NOTA: Si algún empleador dentro de un plan de salud de múltiples empleadores tiene 100 empleados o más, Medicare será el pagador secundario para todo. Esto incluye a individuos asociados con empleadores dentro del grupo que tiene menos de 100 empleados.

Coordinación de beneficios con los planes para jubilados

- Medicare paga en primer lugar
- Su cobertura de salud para jubilados paga en segundo lugar
 - Podría ofrecer beneficios adicionales
 - Cobertura de medicamentos recetados
 - Atención odontológica de rutina
 - Consulte el manual de beneficios de su plan para obtener información sobre
 - Cobertura para su cónyuge
 - Cambios en sus beneficios, primas o límites de cobertura

En general, Medicare paga en primer lugar las reclamaciones de seguros de salud y la cobertura para jubilados será el pagador secundario. La cobertura para jubilados podría cubrir ciertas faltas de cobertura de Medicare y podría ofrecer beneficios adicionales, como atención odontológica de rutina o cobertura de medicamentos. Si no está seguro de que su cobertura para jubilados funcione con Medicare, debe obtener una copia del manual de beneficios de su plan o leer la descripción del resumen del plan que le entrega su empleador o el sindicato. Si se está acercando a la jubilación, debe averiguar si la cobertura de su empleador puede continuar después de que se jubile. Debe verificar los precios y los beneficios, incluso los beneficios por cónyuge. Debe saber qué efecto tendrá la continuidad de la cobertura durante la jubilación en cuanto a la protección del seguro propio y el de su cónyuge.

La cobertura para jubilados proporcionada por un empleador o sindicato puede tener límites a la cantidad que cubrirá. También puede brindar "detención de pérdida de cobertura", un límite de gastos directos de su bolsillo. Usted también puede llamar al administrador de los beneficios y preguntar cómo paga el plan cuando tiene Medicare.

Recuerde que el empleador o el sindicato tienen control sobre la cobertura del seguro por jubilación que ofrece. El empleador o el sindicato pueden cambiar los beneficios o las primas y también pueden elegir cancelar el seguro.

NOTA: Para los jubilados con Medicare basado en Enfermedad Renal en Etapa Terminal, Medicare puede ser una cobertura secundaria a la de jubilado durante el período de coordinación de 30 meses.

Pólizas de Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare) para personas con incapacidades

- Si tiene menos de 65 años y una incapacidad
 - La ley federal no exige que las compañías de seguros le vendan una póliza de Medigap
 - Si está disponible, su opción de planes puede verse limitada y es posible que le cobren más en función de su estado de salud
 - O bien, tiene la posibilidad de esperar hasta cumplir 65
- Algunos estados le exigen a las compañías de seguros de Medigap que le vendan una póliza de Medigap aunque tenga menos de 65

A partir de mayo de 2014, estos estados exigen a las compañías de seguros que ofrezcan al menos 1 tipo de póliza de Medigap a personas con Medicare de menos de 65: California*, Colorado, Connecticut, Delaware**, Florida, Georgia, Hawái, Illinois, Kansas, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts*, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, New Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Carolina del Norte, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Vermont* y Wisconsin.

*No disponen de una póliza de Medigap para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) menores de 65.

**Sólo disponen de una póliza de Medigap para personas con ESRD.

Incluso si su estado no está en la lista anterior, algunas compañías de seguros pueden vender pólizas de Medigap a personas menores de 65. Es probable que estas pólizas le cuesten más que las pólizas de Medigap que se venden a personas de más de 65, y las compañías de seguros puedan recurrir a la revisión de historial médico. Verifique en su estado qué derechos tiene según la legislación estatal.

Recuerde, si ya se inscribió en Medicare Parte B, recibirá un Período de Inscripción Abierto exclusivo de 6 meses de Medigap cuando cumpla 65 años. Es probable que tenga una opción más amplia de pólizas de Medigap y pueda conseguir una prima más baja. Durante el Período de Inscripción Abierta (OEP) de Medigap, las compañías de seguros no pueden rehusarse a venderle ninguna póliza de Medigap a causa de una incapacidad o de otro problema de salud ni cobrarle una prima más elevada (a causa de su estado de salud) que la que le cobran a cualquier otra persona de 65 años.

NOTA: No existen cláusulas en la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio que cambien las reglas para la emisión de las políticas de Medigap.

Compruebe su conocimiento: pregunta 3

Si tiene menos de 65 años y tiene Medicare por incapacidad, las compañías de Medigap pueden

- a. Cobrarle más según su estado de salud
- b. No tener la obligación de venderle una póliza de Medigap
- c. Sólo acordar venderle ciertas pólizas de Medigap
- d. Ninguna de las anteriores, dependiendo de la legislación estatal

Compruebe su conocimiento: pregunta 3

Si tiene menos de 65 años y tiene Medicare por incapacidad, las compañías de Medigap pueden

- a. Cobrarle más según su estado de salud
- b. No tener la obligación de venderle una póliza de Medigap
- c. Sólo acordar venderle ciertas pólizas de Medigap
- d. Ninguna de las anteriores, dependiendo de la legislación estatal

Respuesta: d. Ninguna de las anteriores, dependiendo de la legislación estatal.

La ley federal no exige que las compañías de seguros vendan pólizas de Medigap a personas menores de 65. Si tiene menos de 65 años, existe la posibilidad de que no pueda comprar la póliza de Medigap que usted desea o ninguna póliza de Medigap hasta que cumpla 65. No obstante, algunos estados le exigen a las compañías de seguros de Medigap que le vendan una póliza de Medigap, incluso si tiene menos de 65. En los estados donde esto no es obligatorio, algunas compañías de seguros pueden venderles en forma voluntaria pólizas de Medigap a personas menores de 65. Es probable que las pólizas le cuesten más que las pólizas de Medigap que se venden a personas de más de 65 y que las compañías de seguros puedan recurrir a la revisión de historial médico.

Recuerde, si ya está inscrito en Medicare Parte B, obtendrá un Período de Inscripción Abierta de Medigap (un período de 6 meses que comienza el primer día del mes en que cumple 65 o más y usted está inscrito en la Parte B) cuando cumpla 65 años. Es probable que tenga una opción más amplia de pólizas de Medigap y pueda conseguir una prima más baja. Durante su OEP de Medigap, las compañías de seguros no pueden rehusarse a venderle ninguna póliza de Medigap a causa de una incapacidad o de otro problema de salud ni cobrarle una prima más elevada (a causa de su estado de salud) que la que se cobra a cualquier otra persona de 65 años.

Lección 4 — Otros programas

- Mercado de Seguros Médicos
- Medicaid
 - Cobertura completa de Medicaid
 - Programas de Ahorros Medicare
- Ayuda adicional

La Lección 4, "Otros programas", explica

- Mercado de Seguros Médicos
- Medicaid
 - Cobertura completa de Medicaid
 - Programas de Ahorros Medicare
- Ayuda adicional

Medicare para personas con incapacidades y el Mercado de Seguros Médicos

- 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 inscripto en Medicare Parte A y Parte B
- Si recibe el SSDI, puede obtener un plan del Mercado para tener cobertura durante el período de espera de 24 meses
 - Puede calificar para Medicaid o 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. El período de espera comienza una vez que usted empieza a recibir los beneficios de SSDI, lo que no se iniciará hasta que haya cumplido 5 meses de incapacidad. Durante este período de espera, puede solicitar cobertura en el Mercado de Seguros Médicos. El proceso de solicitud del Mercado determinará si usted califica para Medicaid 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.

Su cobertura Medicare entrará en vigencia al vigésimo quinto mes de haber recibido el SSDI. Se le enviará su tarjeta Medicare por correo unos 3 meses antes de cumplido el vigésimo quinto mes 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.

Panorama general de Medicaid

- Programa de derecho ciudadano* estatal y federal
- Asistencia médica para las personas con ingresos y recursos limitados
- Cubre alrededor de 71 millones de adultos y niños
- Suplementa a Medicare para más de 10 millones de personas mayores y/o incapacitadas

*Derecho ciudadano: programa gubernamental que garantiza ciertos beneficios a un grupo o segmento de población en particular.

Medicaid es un programa de derecho ciudadano* estatal y federal que paga asistencia médica para ciertos individuos y familias con ingresos y recursos limitados. Medicaid no es un programa de asistencia monetaria; paga directamente a los prestadores para que usted reciba atención.

Medicaid es la fuente de financiación de servicios médicos y relacionados con la salud más importante de la población de más bajos recursos de Estados Unidos. Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños brindan cobertura de salud a casi 71 millones de estadounidenses, entre ellos, niños, embarazadas, padres, madres, personas mayores y personas con incapacidades.

El programa se convirtió en ley en 1965 (Título XIX [19] de la Ley del Seguro Social) como emprendimiento cooperativo cofinanciado por el gobierno federal y los estatales (incluye el Distrito de Columbia y los Territorios) para ayudar a los estados a proporcionar asistencia médica a personas necesitadas elegibles.

*Derecho ciudadano: programa gubernamental que garantiza ciertos beneficios a un grupo o segmento de población en particular.

¿En qué se diferencian Medicare y Medicaid?

Medicare	Medicaid
Programa nacional uniforme en todo el país	Programa de aplicación en todo el estado que varía de un estado a otro
Gestionado por el gobierno federal	Administrado por los gobiernos estatales dentro de las leyes federales (asociación federal/estatal)
Seguro médico para personas mayores de 65 o más con ciertas incapacidades o con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)	Seguro médico para personas según necesidad; requisitos financieros y no financieros
Pagador primario de la nación en cuanto a servicios de internación en hospitales para los ancianos y las personas con ESRD	Pagador público primario de la nación en cuanto a servicio de salud mental y atención a largo plazo (asilo de ancianos)

Medicare y Medicaid se distinguen en los siguientes aspectos:

- Mientras que Medicare es un programa nacional uniforme en todo el país, Medicaid está conformado por programas estatales que varían por estado.
- El gobierno federal se encarga de administrar Medicare, mientras que para Medicaid la administración corre por cuenta de los gobiernos estatales, pero dentro de las leyes federales (asociación federal/estatal).
- Si bien la elegibilidad de Medicare se basa en la edad, la incapacidad o en la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), la elegibilidad en Medicaid se basa en los ingresos y recursos (así como en otros requisitos no financieros).
- Mientras que Medicare es el pagador primario de la nación para servicios de internación hospitalaria para ancianos y personas con ESRD, Medicaid es el pagador público primario de la nación para servicios de salud mental y atención a largo plazo (atención en asilos de ancianos).

Elegibilidad — Ampliación de Medicaid

- Grupos de Elegibilidad de la ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio (opción estatal) con vigencia a partir del 1/1/2014
 1. Grupo adulto
 - De 19 a 64 con ingresos inferiores a 133% del nivel federal de pobreza (FPL)
 2. Anterior grupo de cuidado temporal
 - Menores de 26 e inscritos en Medicaid mientras estén bajo cuidado temporal a los 18 o a la edad que caduque el cuidado temporal
 3. Grupo de elegibilidad opcional para personas con ingresos superiores al 133% de FPL
 - Menores de 65 con ingresos superiores a 133% del FPL

A partir del 1 de enero de 2014, la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio estableció 3 nuevos grupos de elegibilidad para Medicaid que pusieron el seguro de salud a disposición de millones de personas que no eran elegibles con anterioridad.

1. El Nuevo Grupo de Adultos cubre a personas de entre 19 y 64 años con ingresos inferiores al 133% del FPL, incluye a hijos de 19 y 20 años de edad. Los hijos menores de 19 no están incluidos en este grupo porque están cubiertos por otros grupos de elegibilidad obligatorios. Para ser elegibles para el Nuevo Grupo de Adultos, las personas no deben tener derecho ni estar inscritos en Medicare, no pueden ser elegibles para ningún otro grupo de elegibilidad obligatorio de Medicaid y no pueden ser mujeres embarazadas al momento de la inscripción. Este grupo es un grupo de elegibilidad obligatorio que los estados pueden elegir cubrir.
2. Un segundo grupo de elegibilidad creado por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio estableció cobertura de Medicaid para personas menores de 26 que estaban inscritas en Medicaid mientras estaban bajo cuidado temporal a los 18 o a la edad que caduque el cuidado temporal. No existe ninguna prueba de ingresos o recursos para este grupo de elegibilidad. Los estados tienen la opción de cubrir a personas que estuvieron bajo cuidado temporal y en Medicaid en otro estado.
3. El tercer grupo es similar al Nuevo Grupo de Adultos. Las personas de este grupo deben ser menores de 65, con ingresos superiores al 133% del FPL y no pueden ser elegibles de otra manera para otro grupo de Medicaid. A diferencia de los requisitos de elegibilidad para el Nuevo Grupo de Adultos, las personas de este grupo opcional pueden ser mujeres embarazadas o personas elegibles para Medicare. Además, este grupo cubre tanto a hijos como a adultos que no son elegibles de otra manera.

Si un estado está ampliando Medicaid, las personas tal vez califiquen si ganan hasta alrededor de \$16,100 al año para 1 persona (\$32,900 para una familia de 4). La cobertura ya comenzó desde el 1 de enero de 2014.

NOTA: La ampliación de Medicaid hasta el 133% del FPL generó en una cantidad de estados la necesidad de contar con transiciones para niños de 6 a 18 años, entre 100 y 133% del FPL, que antes estuvieron cubiertos por Programas del Seguro Médico para Niños de Medicaid individuales.

Solicitud simplificada

- Una solicitud para el Mercado, Medicaid y el Programa del Seguro Médico para Niños (CHIP)
 - En línea, por teléfono, por correo postal o en persona
- Tiene la posibilidad de inscribirse inmediatamente una vez finalizada la determinación de elegibilidad
 - Dependiendo del programa para el cual es elegible el postulante
- Puede solicitar Medicaid y CHIP en cualquier momento
 - En CuidadoDeSalud.gov o
 - A través de su agencia estatal

Los estados usan la solicitud simplificada para cobertura a través del Mercado, Medicaid y el Programa del Seguro Médico para Niños (CHIP). La solicitud puede pasar sin problemas de la elegibilidad a la selección e inscripción en el plan. Las personas pueden enviar una única solicitud para todos los programas. Las solicitudes en línea están disponibles en todos los estados, junto con las solicitudes tradicionales en papel que se pueden enviar por correo. Y las personas siguen teniendo la opción de postularse en persona o por teléfono.

A través de la solicitud única optimizada, las personas y sus familias reciben las determinaciones de elegibilidad para lo siguiente:

- Medicaid y CHIP
- Inscripción en Planes de Salud Calificados del Mercado
 - Créditos tributarios de primas avanzados
 - Reducciones de gastos compartidos

Una vez finalizada la determinación de elegibilidad, los postulantes tienen la posibilidad de inscribirse inmediatamente en la cobertura a bajo precio, dependiendo de los programas para los que son elegibles y el modelo disponible en su estado.

Puede solicitar Medicaid y CHIP en cualquier momento. Puede inscribirse durante el período de Inscripción Abierta del Mercado o en cualquier otro momento del año. Si cumple los requisitos, se puede inscribir inmediatamente, en cualquier momento del año.

Para averiguar si sus hijos califican para la cobertura de CHIP, visite www.insurekidsnow.gov o llame al 1-877-543-7669. Si solicita cobertura de Medicaid en su agencia estatal, también podrá averiguar si sus hijos cumplen los requisitos para CHIP. Si usted cumple los requisitos, la cobertura puede comenzar inmediatamente.

¿Qué son los Programas de Ahorros Medicare?

- Ayuda de Medicaid para pagar los costos de Medicare Parte A y Parte B
 - Pagan las primas de Medicare
 - Pueden pagar los deducibles y coseguros de Medicare
- Los programas suelen tener pautas de ingresos y recursos más altos que la cobertura completa de Medicaid
 - Las cantidades de los ingresos y recursos pueden cambiar todos los años

Puede ser elegible para obtener ayuda del programa de Medicaid de su estado para pagar sus primas de Medicare. En algunos casos, los Programas de Ahorros Medicare también pueden pagar los deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B si usted reúne ciertas condiciones.

Los Programas de Ahorros Medicare suelen tener pautas de ingresos y recursos más altos que la cobertura completa de Medicaid. Las cantidades de estos ingresos y recursos pueden cambiar todos los años.

Los Programas de Ahorros Medicare en 2015

Programa de Ahorros Medicare	Límite de ingresos mensuales por persona	Límite de ingresos mensuales por pareja casada	Lo ayuda a pagar
Beneficiario Calificado de Medicare	\$1,001	\$1,348	Primas de la Parte A y Parte B y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).
Beneficiarios Medicare de Bajo Ingreso específicos	\$1,197	\$1,513	Sólo primas de la Parte B
Individuo calificado	\$1,345	\$1,813	Sólo primas de la Parte B

Algunos estados tienen pautas diferentes de ingresos y/o bienes.

Para calificar para Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), debe ser elegible para Medicare Parte A y tener un ingreso que no supere el 100 % del nivel federal de pobreza (FPL). Si califica para el programa QMB, recibirá ayuda para pagar sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B. El límite de ingresos mensuales por persona para QMB es de \$1,001 y el límite de ingresos mensuales por pareja casada es de \$1,348.

Para calificar para el programa de Beneficiarios Medicare de Bajo Ingreso (SLMB), debe ser elegible para Medicare Parte A y tener un ingreso que sea al menos el 100 %, pero que no exceda el 120 %, del FPL. Si califica para SLMB, recibirá ayuda para pagar la prima de la Parte B.

Para calificar para el programa de Individuo Calificado (QI), debe ser elegible para Medicare Parte A y tener un ingreso que no supere el 135% del FPL. El programa QI está financiado en su totalidad por el gobierno federal. El congreso asigna únicamente una cantidad limitada de fondos para cada estado. Si califica para el QI, y aún hay fondos disponibles en su estado, recibirá ayuda para pagar la prima de la Parte B.

El límite de ingresos mensuales por persona para Beneficiarios Medicare específicos de Bajo Ingreso es de \$1,197 y el límite de ingresos mensuales por parejas casadas es de \$1,513.

El límite de ingresos mensuales por persona para individuos calificados es de \$1,345 y por parejas casadas es de \$1,813.

Algunos estados tienen pautas diferentes de ingresos y/o bienes.

Programa para Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI)

- El Programa QDWI es otro tipo de Programa de Ahorros Medicare
- Su estado puede pagar las primas de la Parte A si está incapacitado, tiene menos de 65 años y
 - La Parte A dejó de ser gratis porque usted volvió a trabajar
 - Tiene ingresos mensuales limitados no superiores al 200% del nivel federal de pobreza (FPL) (en 2015, \$4,009 para individuos y \$5,395 para parejas)
 - Sus recursos son menos de \$4,000 para individuos o \$6,000 para parejas (en 2015)
 - Algunos estados tienen límites diferentes
 - Usted no es elegible para Medicaid completo
- Comuníquese con su agencia local, estatal o del condado de servicios sociales o con su Oficina de Asistencia Médica para más información

El programa para Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI) se estableció para ayudar a ciertas personas a pagar sus primas de Medicare Parte A.

- Si tiene menos de 65, está incapacitado y no tiene más derecho a la eximición de las primas de la Parte A porque logró volver al trabajo y sus ingresos superan el límite sustancial y lucrativo (\$1,090/mes en 2015), puede ser elegible para un programa estatal que le ayude a pagar su prima mensual de la Parte A.
- Para ser elegible para esta ayuda, usted debe
 - Continuar teniendo una imposibilidad incapacitante
 - Tener ingresos mensuales limitados no superiores al 200% del nivel federal de pobreza (FPL) (en 2015, \$4,009 para individuos y \$5,395 para parejas)
 - No tener recursos que excedan dos veces el máximo para la Seguridad de Ingreso Suplementario (\$4,000 para individuos y \$6,000 para parejas en 2015)
 - Su estado no tendrá en cuenta como recursos la casa donde vive, un automóvil, en general, y \$1,500 en gastos de entierro (por persona)
 - Todavía no ser elegible para Medicaid

Algunos estados tienen límites diferentes. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima de la Parte A. Los estados pueden cambiar las primas si su ingreso se encuentra entre el 150% y el 200% del FPL.

Más información sobre el programa QDWI, comuníquese con su agencia local, estatal o del condado de servicios sociales o con la Oficina de Asistencia Médica.

Solicitud para los Programas de Ahorros Medicare

- Si usted puede calificar para un Programa de Ahorros Medicare
 - Revise sus pautas locales
 - Contacte a las agencias locales para más información
 - Reúna sus documentos personales
 - Complete una solicitud para el programa Medicaid de su estado
 - Puede llamarse Oficina Estatal de Asistencia Médica o tener otro nombre

Estos son algunos de los pasos que puede seguir para averiguar si califica para recibir ayuda con sus costos de Medicare:

- Revise las pautas de ingresos y recursos (o bienes) de su área. La Oficina Estatal de Asistencia Médica le puede ayudar.
- Si cree que puede calificar, reúna estos documentos personales requeridos para el proceso de solicitud:
 - Tarjeta Medicare
 - Acreditación de identidad y residencia
 - Prueba de todos los ingresos, incluso cheques de pensión, pagos del Seguro Social, etc.
 - Estados recientes de cuentas bancarias
 - Títulos de propiedad
 - Pólizas de seguro
 - Declaraciones financieras de bonos o acciones
 - Prueba de pólizas para servicios de funeral o entierro

Puede obtener más información comunicándose con la Oficina Estatal de Asistencia Médica o con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud. Llame al 1-800-MEDICARE para obtener la información de contacto. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué es Ayuda Adicional?

- Ayuda para pagar los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.
- El Seguro Social o su estado toman una determinación
- Estos grupos califican automáticamente
 - Personas con Medicare y Medicaid completo
 - Sólo Seguridad de Ingreso Suplementario
 - Programas de Ahorros Medicare
- El resto de las personas con Medicare deben solicitar la ayuda adicional
 - Puede postularse en línea, por teléfono o por correo

Las personas con Medicare que tienen ingresos y recursos limitados pueden recibir ayuda adicional con los costos de cobertura Medicare para Recetas Médicas, por ejemplo, las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles, coseguros y copagos anuales. Debe inscribirse en un plan Medicare para Recetas Médicas para obtener ayuda adicional. Puede solicitarla al Seguro Social o la Oficina Estatal de Asistencia Médica. Cuando se postule, se le pedirá información sobre sus ingresos y recursos y se le pedirá que firme una declaración de que sus respuestas son veraces. El SSA contrastará la información con los registros informáticos del Servicio de Impuestos Internos y otras fuentes. Es posible que se comuniquen con usted si necesitan más información. Después de presentar la solicitud, se le enviará una carta en la que le indicarán si reúne los requisitos para la ayuda adicional.

Ciertos grupos de personas califican automáticamente para ayuda adicional y no necesitan postularse:

- Personas con Medicare y beneficios completos de Medicaid (incluye cobertura para medicamentos)
- Personas con Medicare que reciben sólo Seguridad de Ingreso Suplementario
- Personas que reciben ayuda de Medicaid que paga sus primas de Medicare (Programas de Ahorros Medicare)

El resto de las personas con Medicare deben presentar una solicitud para recibir ayuda adicional. Usted puede llenar una solicitud en papel, postularse en línea o por teléfono. Puede tramitar la solicitud a través de la Oficina Estatal de Asistencia Médica y puede pedirle a otra persona que presente la solicitud en su nombre.

Cómo solicitar Ayuda Adicional

- Postúlese si cree que califica
 - Reúna sus documentos personales
 - Contáctese con estas agencias locales para más información
 - Seguro Social
 - Oficina Estatal de Asistencia Médica
 - Oficina del Programa Estatal Local de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)
 - Complete la solicitud

Estos son algunos de los pasos que puede seguir para averiguar si califica para recibir ayuda con sus costos de medicamentos recetados de Medicare:

- Si cree que puede calificar, reúna estos documentos personales requeridos para el proceso de solicitud:
 - Tarjeta Medicare
 - Acreditación de identidad y residencia
 - Prueba de todos los ingresos, incluso cheques de pensión, pagos del Seguro Social, etc.
 - Estados recientes de cuentas bancarias
 - Títulos de propiedad
 - Pólizas de seguro
 - Declaraciones financieras de bonos o acciones
 - Prueba de pólizas para servicios de funeral o entierro
- Puede obtener más información comunicándose con la Oficina Estatal de Asistencia Médica o con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) o con la oficina local de la Agencia de Asuntos para la Vejez. También puede conseguir la información de contacto llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
- Por último, complete una solicitud en la Oficina Estatal de Asistencia Médica o en línea en [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Al completar esta solicitud también se inicia el proceso para ver si es elegible para un Programa de Ahorros Medicare.

Compruebe su conocimiento: pregunta 4

Bárbara ha estado recibiendo los beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social durante 6 meses. Su ingreso es actualmente 300% del nivel federal de pobreza. ¿Para qué tipo de cobertura podría ser elegible durante su período de espera de 24 meses para Medicare?

- a. Medicaid
- b. Plan del Mercado
- c. Póliza Medigap
- d. Cualquiera de las anteriores

Compruebe su conocimiento: pregunta 4

Bárbara ha estado recibiendo los beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) durante 6 meses. Su ingreso es actualmente 300% del nivel federal de pobreza. ¿Para qué tipo de cobertura podría ser elegible durante su período de espera de 24 meses para Medicare?

- a. Medicaid
- b. Plan del Mercado
- c. Póliza Medigap
- d. Cualquiera de las anteriores

Respuesta: b. Plan del Mercado.

Si usted tiene derecho a SSDI, puede calificar para Medicare. Existe un período de espera de 24 meses antes de que pueda comenzar la cobertura de Medicare si califica por SSDI. Durante dicho período, puede solicitar cobertura en el Mercado. Puede averiguar si califica 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.

Bárbara probablemente no califique para Medicaid porque sus ingresos son demasiado altos. Puede adquirir una póliza Medigap porque sólo ha estado recibiendo SSDI durante 6 meses y todavía no tiene cobertura de Medicare. Pero puede ser elegible para un plan del Mercado y recibir ayuda para disminuir sus costos.

Guía de recursos de Medicare y otros programas para personas una incapacidad

Recursos		Productos Medicare
<p>Medicare CMS.gov Medicare.gov 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Usuarios de TTY 1-877-486-2048</p> <p>Seguro Social SocialSecurity.gov 1-800-772-1213 Usuarios de TTY 1-800-325-0778</p> <p>Junta de Retiro Ferroviario rrb.gov 1-877-772-5772 Usuarios de TTY (312) 751-4701</p>	<p>Mercado de Seguros Médicos CuidadoDeSalud.gov Marketplace.cms.gov 1-800-318-2596 Usuarios de TTY 1-855-889-4325</p> <p>Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) Medicare.gov/contacts</p> <p>Disability.gov</p> <p>Libro rojo del SSA ssa.gov/redbook/</p>	<p>“Manual Medicare y Usted” Producto CMS No. 10050</p> <p>“Sus Beneficios Medicare” Producto CMS No. 10116</p> <p>Para acceder a estos productos: Ve a y solicite copias individuales en Medicare.gov</p> <p>Solicite copias múltiples (solo socios) en productordering.com.hhs.gov/. Debe registrar su organización.</p>

Programa Nacional de Capacitación 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 está suministrado por el Programa de Capacitación Nacional (NTP) de CMS.

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