

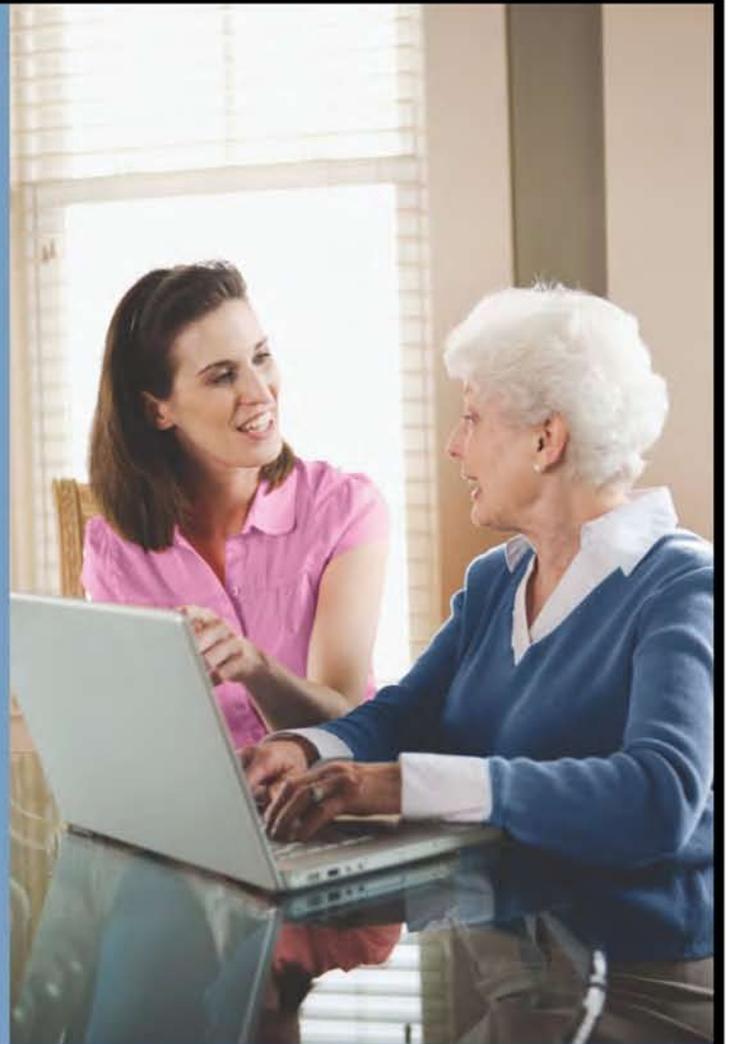
DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

 **Programa Nacional**

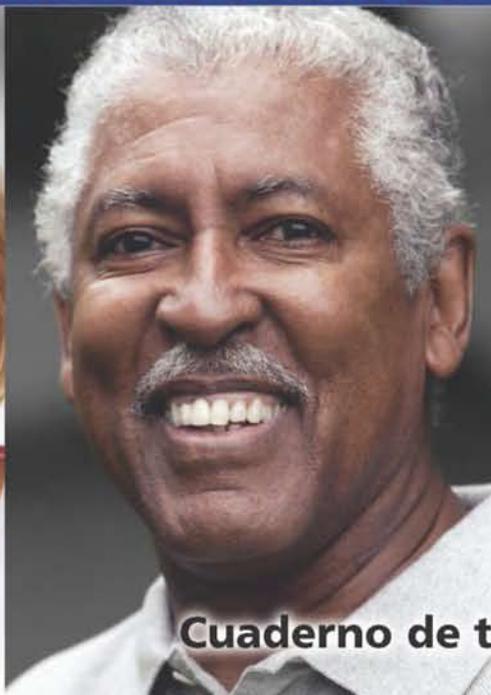
DE ENTRENAMIENTO DE MEDICARE

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Entienda cómo funciona Medicare: Módulo 1



...para ayudarle a las personas con Medicare a tomar decisiones informadas sobre su salud



Cuaderno de tareas para el 2011



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

Este módulo fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por su sigla en inglés), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid y el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP por su sigla en inglés). La información en este módulo estaba vigente hasta abril de 2011.

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

Para consultas acerca de la Ley de atención médica asequible (a bajo precio), visite www.healthcare.gov/center/authorities/patient_protection_affordable_care_act_as_passed.pdf

Para ver la versión más actualizada de este módulo, visite www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp.

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

Objetivos de esta sesión

Esta sesión le ayudará a

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

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

2

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

Entienda cómo funciona Medicare – Lecciones

1. Lo básico del programa
2. Opciones de cobertura de Medicare
3. Derechos y Proceso de apelación
4. Programas para las personas con ingresos y recursos limitados

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

3

Entienda cómo funciona Medicare está dividido en cinco lecciones.

1. Lo básico del programa
2. Opciones de cobertura de Medicare
3. Derechos y Proceso de apelación
4. Programas para las personas con ingresos y recursos limitados

Lección 1 – Lo básico del programa

- ¿Qué es Medicare?
- ¿Cómo inscribirse en Medicare?
- Las cuatro partes de Medicare

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

4

Lección 1 *Lo básico del programa* explica

- ¿Qué es Medicare?
- Cómo inscribirse en Medicare
- Las cuatro partes de Medicare

¿Qué es Medicare?

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

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

5

- El presidente Lyndon Johnson promulgó la Ley de los programas Medicare y Medicaid el 30 de julio de 1965. Medicaid entró en vigencia el 1 de enero de 1966, y Medicare el 1 de julio de 1966. Medicare es el seguro médico más grande de la nación y actualmente brinda cobertura aproximadamente a 44 millones de estadounidenses.
- Medicare es un seguro médico para tres grupos de personas.
 - Las personas de 65 años o mayores
 - Las menores de 65 años con ciertas discapacidades que han recibido los beneficios del Seguro Social por discapacidad o beneficios de jubilación ferroviaria por 24 meses. El período de espera de 24 meses estipulado por Medicare no se aplica a las personas que padecen de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS, también conocida como enfermedad de Lou Gehrig). Las personas con ALS obtendrán la cobertura de Medicare el primer mes de sus beneficios por discapacidad. Esta norma entró en vigencia el 1 de julio de 2001.
 - Las personas de cualquier edad que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD; insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón)

La inscripción en Medicare

- **Automática para aquellos que reciben**
 - Beneficios del Seguro Social
 - Beneficios del Retiro Ferroviario
- **Paquete para inscribirse durante el período inicial de inscripción**
 - Enviado por correo 3 meses antes
 - del vigesimoquinto (25) mes de recibir beneficios por incapacidad
 - de cumplir los 65 años de edad



04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

6

- Si ya está recibiendo los beneficios del Seguro Social (por ejemplo retiro anticipado), será inscrito automáticamente en la Parte A y en la Parte B de Medicare sin necesidad de llenar una solicitud adicional. Recibirá el formulario para inscribirse durante el período inicial de inscripción, el cual incluye su tarjeta de Medicare y otros documentos, unos 3 meses antes de cumplir 65 años de edad (la cobertura empieza el día primero del mes en que cumpla 65 años de edad), o 3 meses antes del vigesimoquinto (25) mes de recibir beneficios por discapacidad (la cobertura empieza en el en el vigesimoquinto (25) mes de recibir beneficios por discapacidad).

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



La carátula de *Bienvenido a Medicare*, Producto de CMS No. 11095 aparece en esta diapositiva. Es parte del paquete para inscribirse durante el período inicial de inscripción.

La inscripción en Medicare

- Algunas personas tienen que inscribirse
 - Las personas que no están inscritas automáticamente
- Se inscriben a través del Seguro Social
 - Los que no reciben los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario
- Puede inscribirse 3 meses antes de cumplir 65 años de edad
 - No necesita estar jubilado

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

7

- Si no está recibiendo los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (por ejemplo porque aún sigue trabajando), tendrá que inscribirse en la Parte A (aun si es elegible para la Parte A sin el pago de la prima). Usted debe comunicarse con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir 65 años. Si es un jubilado ferroviario, debe comunicarse con RRB para inscribirse.
- Si bien Medicare está administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por su sigla en inglés); el Seguro Social es responsable de inscribir a la mayoría de los beneficiarios en Medicare. La Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés) inscribe en Medicare a los jubilados ferroviarios.
- El Seguro Social les aconseja a los beneficiarios que soliciten los beneficios de Medicare 3 meses antes de cumplir 65 años. Usted no tiene que estar jubilado para obtener Medicare. La edad para obtener los beneficios completos del Seguro Social en la actualidad es 66 años (para personas nacidas entre 1943 y 1954) y se incrementará gradualmente a los 67 años para las personas nacidas en 1960 o más tarde, pero usted aun puede recibir beneficios completos de Medicare al cumplir 65 años de edad.

La tarjeta de Medicare

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

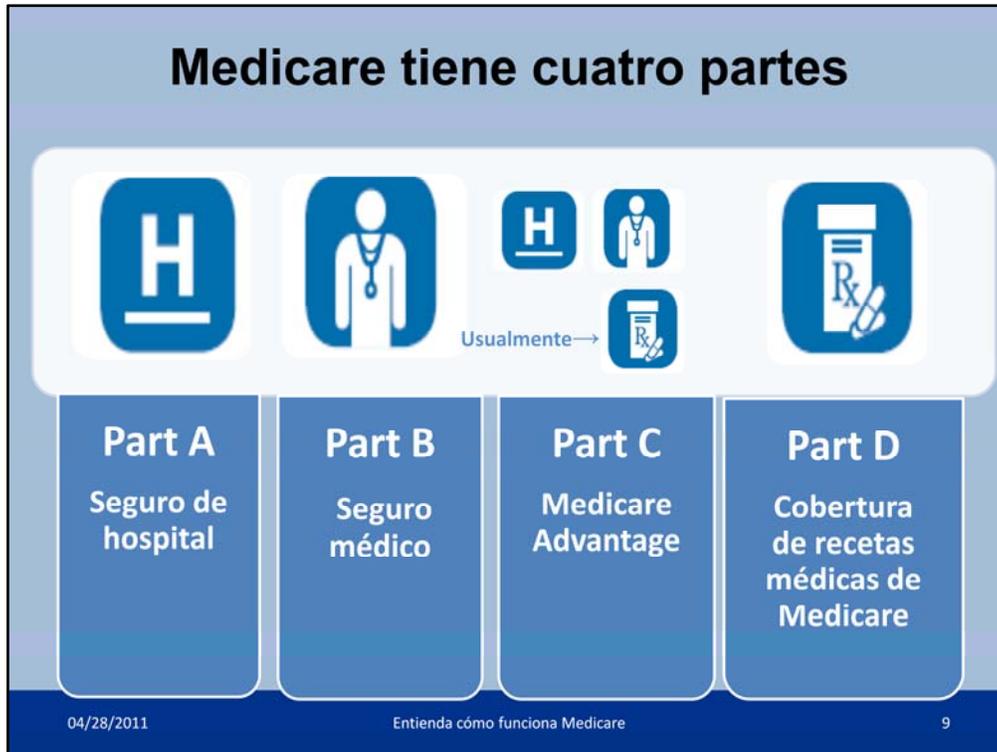


- Cuando usted está inscrito Medicare Original, usa su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul cuando recibe los servicios médicos.
- Esta es una muestra de la tarjeta de Medicare. La tarjeta de Medicare indica qué cobertura de Medicare tiene (Parte A para seguro de hospital y/o Parte B para seguro médico), y la fecha en la que se inicia la cobertura. Aviso: Su tarjeta podría ser un poco diferente pero sigue siendo válida.
- En la tarjeta de Medicare también encontrará su número de reclamación. Para la mayoría de los beneficiarios el número de reclamación está formado por 9 números y 1 letra. También podría contener otra letra o número, después de la primer letra. Los 9 números muestran el archivo del Seguro Social en el que se basaron para otorgarle Medicare. La letra o letras y números indican su relación con la persona a quien pertenece ese número. Por ejemplo, si usted obtiene Medicare basándose en su propio archivo del Seguro Social, puede que su tarjeta tenga una letra "A," "T," o "M" dependiendo de si usted recibe los beneficios de Medicare y del Seguro Social o solamente de Medicare. Si usted tiene Medicare por su cónyuge, tal vez tenga una letra B o D. Los jubilados ferroviarios tendrán números y letras delante de su número de Seguro Social. Estas letras y números no tienen nada que ver en cuanto a si usted tiene la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Si usted elije otro plan de salud de Medicare, su plan tal vez le facilite una tarjeta para utilizarla cuando obtenga servicios y suministros. Comuníquese con el Seguro Social (o con la Junta de Retiro Ferroviario si recibe beneficios por retiro ferroviario), si cualquier información en la tarjeta es incorrecta.
- Si usted no quiere la Parte B, siga las instrucciones y devuelva la tarjeta. Más adelante, hablaremos más acerca de por qué usted tal vez no quiera obtener la Parte B.

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

8



- Medicare cubre muchos tipos de servicios y los beneficiarios tienen opciones para escoger cómo recibirlos. Medicare tiene cuatro partes.
 - Parte A (Seguro de hospital)
 - Parte B (Seguro médico)
 - Parte C (Medicare Advantage) – Incluye cobertura de la Parte A y la Parte B y usualmente también incluye la Parte D.
 - Parte D (Cobertura de recetas médicas de Medicare)

Parte A de Medicare – Seguro de hospital

- Costos
- Cobertura
 - Internación en el hospital
 - Atención en un centro de enfermería especializada
 - Cuidado de la salud en el hogar
 - Cuidado de hospicio
 - Sangre

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

10

La Parte A de Medicare Seguro de hospital

- Costos
- Cobertura
 - Internación en el hospital
 - Atención en un centro de enfermería especializada
 - Cuidado de la salud en el hogar
 - Cuidado de hospicio
 - Sangre

La Parte A (Seguro de hospital)

- La mayoría de las personas recibe la Parte A sin tener que pagar una prima
 - Si usted pagó los impuestos FICA por al menos 10 años
- Si pagó FICA por menos de 10 años
 - Tal vez pague una prima para obtener la Parte A
 - Tal vez pague multa si no adquiere la Parte A cuando sea elegible

12/12/11

- Usted no tiene que pagar la prima de la Parte A de Medicare si usted o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare o Ley de Contribuciones al Seguro Federal (FICA) mientras trabajaba (en la mayoría de los casos por un mínimo de 10 años). FICA financia al programa Medicare y al Seguro Social.
- Si usted o su cónyuge no califican para la Parte A de Medicare sin pago de la prima, aún podrá obtener la Parte A pagando una prima mensual. El monto de la prima dependerá de la cantidad de tiempo que usted o su cónyuge hayan tenido un empleo cubierto por Medicare.
 - El Seguro Social determina si usted tiene que pagar una prima por la Parte A.
 - En el 2012, la prima mensual que paga por la Parte A es \$248 (para una persona que ha trabajado 30-39 trimestres) ó \$451 (para una persona que ha trabajado menos de 30 trimestres) en un empleo cubierto por Medicare.
 - ***Si usted no adquiere la Parte A de Medicare cuando es elegible por primera vez, tal vez tenga que pagar una prima mensual como multa. La misma puede aumentar un 10% a pagar por el doble del número de años completos (12 meses) en los que podría haber obtenido la Parte A y no lo hizo.*** El 10% de sobrecargo en la prima se aplicará solamente después de hayan transcurrido 12 meses, desde el último día del IEP hasta el último día del período de inscripción que usted usó para inscribirse. En pocas palabras, si han transcurrido menos de 12 meses, la multa no se aplicará. ***La multa tampoco se aplicará si usted es elegible para un Período Especial de Inscripción.*** (siempre que usted o su cónyuge (o miembro familiar, si usted está discapacitado) estén trabajando, y usted está cubierto por un plan de salud de grupo a través de un empleador o sindicato basado en ese trabajo o durante el período de ocho meses que empieza en el mes siguiente de terminarse el empleo o cuando la cobertura del plan de salud del grupo termine, lo que ocurra primero).



Si desea información sobre su derecho a la Parte A, la inscripción o las primas, llame a SSA al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La Parte A de Medicare le ayuda a pagar por	
Estadías en el hospital	Habitación semiprivada, comidas, enfermería general y otros servicios y suministros del hospital. Incluye la atención en los hospitales de acceso crítico y los centros de rehabilitación para pacientes internados, y el cuidado de la salud mental para los pacientes internados en un centro psiquiátrico (límite de 190 durante toda su vida). Generalmente cubre todos los medicamentos facilitados durante la estadía, recibidos como parte de su tratamiento.
Cuidado de Enfermería Especializada	Habitación semiprivada, comidas, enfermería especializada, servicios de rehabilitación y otros servicios y suministros.
Cuidado de la Salud en el Hogar	Puede incluir el cuidado especializado intermitente o a tiempo parcial, las terapias física, del lenguaje/habla y la terapia ocupacional, necesidades continuadas de terapia ocupacional, algunos servicios de cuidado en el hogar con asistencia, servicios de medicina social, y suministros médicos.
Cuidado de Hospicio	Para las personas con enfermedades terminales, incluye los servicios médicos, de apoyo y los medicamentos brindados en un hospicio aprobado por Medicare.
Sangre	En la mayoría de los casos, si usted está internado y necesita sangre, no tendrá que pagarla ni reponerla.
04/28/2011 Understanding Medicare 12	

- La Parte A de Medicare (Seguro de hospital) le ayuda a pagar por:
 - Internación en el hospital- Habitación semiprivada, comidas, enfermería general y otros servicios y suministros del hospital. Incluye la atención en los hospitales de acceso crítico y los centros de rehabilitación para pacientes internados. El cuidado de la salud mental para los pacientes internados en un centro psiquiátrico (límite de 190 durante toda su vida). La cobertura no incluye una enfermera privada, televisión o teléfono en la habitación si hay cargos separados por los mismos, ni habitación privada, a menos que sea necesaria por motivos médicos.
 - Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés) (no incluye el cuidado de compañía ni el cuidado a largo plazo) - Habitación semiprivada, comidas, enfermería especializada, servicios de rehabilitación y otros servicios y suministros.
 - Cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)- Servicios necesarios por motivos médicos, de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente; terapia física o del lenguaje/habla, o terapia ocupacional continua, cuidado en el hogar con asistencia, servicios de medicina social, y suministros médicos. Un médico certificado por Medicare o ciertos proveedores de cuidados médicos que trabajen con ese doctor deberá decidir si necesita los servicios de cuidado en el hogar. Ese doctor deberá ordenar los servicios, y los mismos deben ser brindados por una agencia para el cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare. Usted debe estar confinado en su hogar, lo cual significa que el salir de su hogar supone un gran esfuerzo. Usted no paga por servicios cubiertos de cuidado de la salud en el hogar.
 - Cuidado de hospicio- Para las personas que padecen una enfermedad terminal. El médico debe certificar que probablemente a la persona le quedan 6 meses o menos de vida. La cobertura incluye los medicamentos para calmar el dolor y controlar los síntomas; los servicios médicos, de enfermería y sociales, otros servicios cubiertos, así como aquellos servicios que Medicare generalmente no cubre, como los servicios de apoyo emotivo para lidiar con la situación terminal.
 - Sangre- En la mayoría de los casos, si usted está internado y necesita sangre, no tendrá que pagarla ni reponerla

Períodos de beneficio

- Mide los períodos de internación en hospital y de servicios en un centro de enfermería especializada (SNF)
- Empieza el primer día en que recibe cuidado de internación
 - En un hospital o centro de enfermería especializada
- Termina cuando no está internado en un hospital/SNF 60 días seguidos
- Usted paga el deducible de la Parte A para cada periodo de beneficio
 - \$1,156 en 2012
- No existe un límite al número de períodos de beneficio

12/12/11

- Un período de beneficio es el modo en que Medicare mide el uso de los servicios del hospital y del centro de enfermería especializada.
 - Un período de beneficio comienza el día en que lo admiten al hospital o enfermería especializada.
 - Termina cuando no ha recibido los servicios del hospital o de un SNF pagados por Medicare por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital después que haya terminado un período de beneficio, comenzará otro nuevo.
 - Usted debe pagar el deducible de internación en el hospital (\$1,156 en el 2012) por cada período de beneficio.
 - No hay un límite para el número de períodos de beneficio que puede obtener.

Lo que paga por su estadía en el hospital	
Por cada período de beneficio en 2012	Usted paga
Días 1-60	Un deducible de \$1,156
Días 61-90	\$289 por día
Días 91-150	\$578 por día (60 días de reserva vitalicios)
Después de 150 días	Todos los gastos

12/12/11

- En el 2012, usted paga por cada período de beneficio:
 - Un total de \$1,156 por una estadía en el hospital de 1-60 días.
 - \$289 diarios por una estadía en el hospital de 61-90 días.
 - \$578 diarios por una estadía en el hospital de 91-150 días (Días de reserva vitalicios). El Medicare Original pagará por un total de 60 días adicionales – conocidos como “días de reserva vitalicios” — cuando usted está internado en el hospital más de 90 días durante un período de beneficio. Una vez que los 60 días de reserva se han usado, no se le otorgarán más días adicionales por el resto de su vida.
 - Todos los costos después de los 150 días.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés)

- **Debe cumplir todas las condiciones siguientes**
 - Debe necesitar servicios especializados diarios
 - No solamente cuidado a largo plazo o de compañía
 - Internación en el hospital 3 días consecutivos o más
 - Admitido en un SNF en un plazo específico
 - Generalmente 30 días después de salir del hospital
 - El cuidado en SNF debe ser por una condición tratada en el hospital
 - O por una condición que surgió mientras recibió cuidado en el SNF por una condición tratada en el hospital
 - El SNF DEBE participar en el programa de Medicare

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

15

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

La cobertura del cuidado en el SNF

- Habitación semiprivada
- Comidas
- Cuidado de enfermería especializada
- Terapia física, ocupacional y del lenguaje/habla
- Servicios sociales
- Medicinas, suministros y equipo médico
- Traslado en ambulancia (limitado)
- Consejería sobre nutrición

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

16

- Si usted es elegible, Medicare pagará los servicios siguientes del SNF:
 - Habitación semiprivada (que usted comparte con otro paciente)
 - Comidas
 - Cuidado de enfermería especializada
 - Terapia física, ocupacional y del lenguaje/habla (si fuera necesario para su salud)
 - Servicios sociales
 - Medicinas, suministros y equipo médico utilizado en el SNF
 - Traslado en ambulancia, cuando cualquier otro medio de transporte pudiera poner en peligro su salud, al proveedor más cercano del servicio que usted necesita y que no puedan brindarle en el SNF
 - Consejería sobre nutrición

Lo que usted paga en un SNF	
Por cada período de beneficio en 2012	Usted paga
Días 1-20	\$0
Días 21-100	\$144.50 por día
Después de 100 días	Todos los costos

12/12/11

- La atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés) está cubierta en su totalidad por los 20 primeros días, cuando usted cumple los requisitos para una estadía cubierta por Medicare. El Medicare Original en el 2012 pagará toda la estadía en un SNF de 21 – 100 días, excepto por un coseguro de hasta \$144.50 diarios por cada período de beneficio. Después de los 100 días, la Parte A ya no cubre el cuidado en un SNF.
- Usted será elegible nuevamente para el cuidado en un SNF, cada vez que tenga un nuevo período de beneficio.

Hay cinco condiciones para la cobertura del cuidado de la salud en el hogar

- Debe estar confinado en su hogar
- Debe necesitar cuidado especializado intermitente
- Debe estar bajo el cuidado de un médico
 - Tiene que tener un plan de cuidado
- Cita en persona con su médico
 - Antes de iniciar el tratamiento o cuidado
- La agencia para el cuidado de la salud en el hogar debe estar certificada por Medicare

Nuevo en el 2011

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

18

- Para ser elegible debe cumplir cuatro requisitos:
 - Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que normalmente no puede dejar su casa o que hacerlo implica un gran esfuerzo. Cuando usted salga de su casa debe ser una salida poco frecuente, por un período corto de tiempo, para obtener atención médica (puede incluir un centro diurno para adultos) o para un servicio religioso.
 - Usted debe necesitar cuidado de enfermería especializado intermitente (a tiempo parcial), terapia física, del lenguaje/habla o de terapia ocupacional continua.
 - Su médico debe indicar que usted necesita cuidado especializado en su hogar y debe hacer un plan para su atención domiciliaria.
 - Antes de certificar la elegibilidad de un paciente para beneficios de Medicare de cuidados de salud en el hogar, se debe certificar que el médico o un practicante no-médico ha tenido un encuentro en persona con el paciente. La Sección 6407 es mayormente una disposición de Medicare pero también se aplica a Medicaid en la misma manera y en la misma medida en lo que respecta a la autorización de los médicos para el cuidado de la salud en el hogar.
 - Usted puede hacer la consulta hasta 90 días antes, o dentro de 30 días después de iniciar el cuidado.
 - Se puede utilizar el sistema de “Telemedicina” o “telesalud” si se cumplen las disposiciones de la sección 1834(m).
 - La agencia para el cuidado de la salud en el hogar debe estar certificada por Medicare.

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

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

- Totalmente cubierto por Medicare
- El plan de cuidado es evaluado cada 60 días
 - Denominado episodio de cuidado
- Con Medicare Original, usted paga
 - Nada por los servicios de atención domiciliaria cubiertos por Medicare
 - 20% de la cantidad aprobada por Medicare para equipo médico duradero (cubierto por la Parte B)

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

19

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

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



Para localizar una agencia de cuidado en el hogar en su área, llame al 1-800-MEDICARE o visite www.medicare.gov y seleccione la herramienta Compare los servicios para el cuidado de la salud en el hogar.



Cuidado de hospicio

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

Nuevo
en el
2011

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

20

- La Parte A también paga el cuidado de hospicio, que es un tipo de atención especial para los pacientes terminales y sus familias. El propósito del cuidado de hospicio es permitirle aprovechar al máximo sus últimos meses de vida, manteniéndolo cómodo y sin dolor. Incluye un equipo que atiende sus necesidades médicas, físicas, sociales, afectivas y espirituales. La atención de hospicio tiene como meta cuidarlo a usted y a su familia, no curar su enfermedad.
- Usted puede recibir el cuidado de hospicio por todo el tiempo que su médico certifique que usted es un paciente terminal y que probablemente, si su enfermedad sigue su curso normal, le queden menos de 6 meses de vida. La atención se brinda en “períodos de cuidado” – dos períodos de 90 días seguidos de un número ilimitado de períodos de 60 días. Según la Sección 3132 de la Ley de atención médica asequible, Medicare ha añadido un nuevo requisito que es una cita en persona con su médico antes de que se inicie el cuidado de hospicio.
- De acuerdo con esta nueva norma, usted debe tener la cita con su médico dentro de 30 días de la recertificación para cuidado de hospicio.
- Debe comenzar antes del tercer período de beneficio.
- Usted debe firmar una declaración por la cual escoge el cuidado de hospicio en vez de los servicios comunes cubiertos por Medicare para tratar su enfermedad terminal. Sin embargo, Medicare seguirá pagando por los servicios médicos que necesite para tratar cualquier problema que no sea su condición terminal.
- Al comienzo de cada período de cuidado, su médico debe certificar que usted tiene una enfermedad terminal para que pueda seguir recibiendo los beneficios. Medicare tiene que aprobar al proveedor del cuidado de hospicio.

Servicios de hospicio cubiertos

- Servicios de médicos y enfermeras
- Equipo médico y suministros
- Medicamentos para control de síntomas y alivio del dolor
- Internación corta en el hospital
- Cuidado de relevo en una dependencia certificada por Medicare
 - Hasta 5 días cada vez, sin que haya un límite para el número de veces
- Servicios de asistente en el hospicio y en el hogar
- Servicios de un asistente social
- Orientación en cuanto a profunda pena, dieta, y otros tipos
- Terapia física, ocupacional, o del habla

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

21

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

Lo que paga por el cuidado de hospicio

- Si tiene Medicare usted paga
 - Nada por el cuidado de hospicio
 - Hasta \$5 por cada receta para el control de los síntomas y el dolor
 - Mientras esté confinado en su casa
 - 5% para cuidado de relevo estando internado
- Alojamiento y comidas tal vez estén cubiertos
 - En cuidado de relevo a corto plazo o para gestión de dolor/síntomas
 - Si tiene Medicaid y vive en una residencia para ancianos

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

22

- Por el cuidado de hospicio, si tiene el Medicare Original, usted paga \$5 por cada medicamento y otros productos similares para aliviar el dolor o controlar los síntomas, y 5% de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de relevo. Por ejemplo, si Medicare ha aprobado un cargo de \$150 por día por el cuidado de relevo, usted paga \$7.50 diarios. La cantidad que usted paga por el cuidado de relevo puede cambiar cada año.
- Medicare paga habitación y comida sólo en ciertos casos. Cubre habitación y comida durante las internaciones a corto plazo para el control del dolor y síntomas, y para cuidado de relevo. No cubre la habitación y comida si recibe servicios generales de hospicio mientras reside en una residencia para ancianos o una residencia de hospicio. Sin embargo, si tiene Medicaid así como Medicare, y reside en una residencia para ancianos, Medicaid cubre la habitación y la comida.



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

Sangre (paciente internado)

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

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

23

- En la mayoría de los casos, el hospital obtiene la sangre de manera gratuita del banco de sangre y usted no tendrá que pagarla o reembolsarla.
- Si el hospital tiene que comprar la sangre que le darán, usted tendrá que pagar las tres primeras pintas que reciba en el año o donarla usted mismo o hacer que alguien lo haga por usted.

La Parte B de Medicare (Seguro médico)

- ¿Que está cubierto?
- Inscripción
- Decida si acepta la Parte B
- Medicare y otra cobertura médica
- La prima
- La cobertura
- Costos de la Parte B
- La asignación

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

24

- *La Parte B de Medicare (Seguro médico)* le explica:
 - La inscripción
 - Decida si acepta la Parte B
 - Medicare y otra cobertura médica
 - La prima
 - La cobertura
 - Los costos de la Parte B
 - La asignación

Cobertura de la Parte B de Medicare	
Servicios del médico	<p>Servicios que son médicamente necesarios (incluye servicios ambulatorios y de ciertos doctores, que usted recibe cuando está internado en el hospital) o servicios preventivos cubiertos.</p> <p>Excepto para ciertos servicios preventivos, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare (si el doctor acepta asignaciones), y aplica el deducible de la Parte B.</p>
Servicios médicos y quirúrgicos y suministros para paciente ambulatorio	<p>Para procedimientos aprobados (como radiografías, una escayola, o suturas).</p> <p>Usted paga al doctor el 20% de los gastos aprobados por Medicare por sus servicios si el doctor acepta la asignación. Usted también paga al hospital un copago por cada servicio y el deducible de la Parte B.</p>
04/28/2011	Entienda cómo funciona Medicare
	25

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

- **Servicios del médico**- Servicios que son médicamente necesarios (incluye servicios ambulatorios y de ciertos doctores, que usted recibe cuando está internado en un hospital) o servicios preventivos cubiertos. Excepto para ciertos servicios preventivos, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare, y aplica el deducible de la Parte B.
- **Servicios médicos y quirúrgicos y suministros para paciente ambulatorio** – Para procedimientos aprobados (como radiografías, una escayola, o suturas). Usted paga al doctor el 20% de los gastos aprobados por Medicare por sus servicios si el doctor acepta la asignación. El hospital también le cobra un copago por cada servicio que usted recibe como paciente ambulatorio. Por cada servicio, el copago no puede ser más que el monto del deducible de la Parte A que paga por una internación. Usted tiene que pagar el deducible de la Parte B y todos los cargos por artículos o servicios que no cubra Medicare.
- Vea las diapositivas 44 y 45 para información acerca de asignación y el “cargo límite”.

Cobertura de la Parte B de Medicare	
Servicios para el cuidado de la salud en el hogar	Cuidado de enfermería especializada temporal o intermitente médicamente necesario, terapia física, servicios de patología del lenguaje/habla, terapia ocupacional, servicios de auxiliares para el hogar temporales o intermitentes, servicios sociales y suministros médicos. El equipo médico duradero y un medicamento para la osteoporosis también están cubiertos bajo la Parte B. Usted no paga nada por los servicios cubiertos.
<p>04/28/2011 Entienda cómo funciona Medicare 26</p>	

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

- **Servicios para el cuidado de la salud en el hogar** – Cuidado de enfermería especializada temporal o intermitente médicamente necesario, terapia física, servicios de patología del lenguaje/habla, una necesidad continuada de terapia ocupacional, servicios de auxiliar para el hogar, servicios sociales, y suministros médicos. El equipo médico duradero y un medicamento para la osteoporosis también están cubiertos bajo la Parte B. Un doctor que participe en Medicare, o ciertos proveedores de cuidado médico que trabajen con el doctor, deben verlo antes de que se pueda certificar que usted necesita los servicios de cuidado en el hogar. Ese doctor debe ordenar su cuidado, y una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare debe facilitarlo. Usted debe estar confinado en su casa, lo cual significa que el salir de su casa supone un esfuerzo mayor. Usted no paga nada por los servicios cubiertos.

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

Cobertura de la Parte B de Medicare	
Equipo médico duradero	<p>Artículos como equipo y suministros de oxígenos, sillas de ruedas, andadores, y camas de hospital para usarse en la casa. Algunos artículos deben ser rentados.</p> <p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, y el deducible de la Parte B.</p>
Otros (incluyendo, pero no limitado a)	<p>Servicios y suministros médicamente necesarios, como servicios de laboratorio, suministros para la diabetes, servicios y suministros para diálisis del riñón, cuidado de la salud mental, recetas médicas limitadas para pacientes ambulatorios, radiografías para diagnóstico, Imágenes por Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans) y Electrocardiogramas (EKG), los trasplantes y otros servicios están cubiertos.</p> <p>Los costos varían.</p>
04/28/2011	Entienda cómo funciona Medicare

- **Equipo médico duradero** – Artículos como equipo y suministro de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, y camas de hospital para utilización en el hogar ordenadas por un doctor u otro proveedor de cuidados de la salud inscrito en Medicare. Algunos artículos deben ser rentados. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, y el deducible de la Parte B. En todas partes del país, debe conseguir sus suministros y equipo cubiertos así como los servicios de repuestos y reparación de un proveedor aprobado por Medicare para que Medicare los pague.



Vea la Sección 4312(b) de la Ley de equilibrio presupuestario.

- **Nuevo**—Medicare está implementando gradualmente un nuevo programa llamado “Programa de adquisición competitiva” que le ayuda a usted y a Medicare a ahorrar dinero; se asegura que usted siga obteniendo equipo, suministros y servicios de calidad; y ayuda a limitar el fraude y abuso. En algunas áreas del país, si usted necesita ciertos artículos deberá utilizar suplidores específicos, o Medicare no pagará por ese artículo y tal vez tenga que pagar el costo completo. Es importante que usted se entere si es afectado por este nuevo programa para asegurarse de que Medicare pague y evitar cualquier interrupción en el servicio. Este programa está vigente en ciertas partes de los siguientes estados: CA, FL, IN, KS, KY, MO, NC, OH, PA, SC, TX.

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



Para más información sobre cobertura de Medicare está disponible en el manual *Medicare y usted*, CMS Producto No. 10050 ó *Sus beneficios de Medicare*, CMS Producto No. 10116 disponibles visitando www.medicare.gov en el Internet.



Servicios preventivos cubiertos por la Parte B

Nuevo
en el
2011

- Examen físico “Bienvenido a Medicare”
- Examen anual de “Bienestar”
- Examen de Aneurisma Aórtico Abdominal*
- Densitometría ósea
- Examen para la detección de enfermedades del corazón
- Examen de cáncer colorrectal
- Examen de diabetes
- Vacuna contra la gripe
- Examen de glaucoma
- Vacuna contra la Hepatitis B
- Examen de HIV
- Mamografía
- Examen Papanicolaou/pélvico y de los senos
- Examen para la detección del cáncer de próstata
- Vacuna neumocócica
- Terapia para dejar de fumar

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

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

28

▪ La Parte B de Medicare también cubre servicios como los exámenes, análisis de laboratorio, evaluaciones y vacunas para prevenir, detectar o controlar un problema médico. Los servicios preventivos pueden hacer una detección temprana de la condición que es cuando el tratamiento funciona mejor. Hable con sus médicos sobre cuáles son los servicios preventivos que necesita y si cumple los requisitos para recibirlos. El manual *Medicare y Usted* incluye los requisitos para recibir los servicios y la frecuencia con la que Medicare pagará por ellos.

▪ Los servicios preventivos cubiertos por la Parte B son

- Examen físico “Bienvenido a Medicare” (una sola evaluación de su salud, educación y orientación acerca de los servicios preventivos que usted necesita. Para estar cubierto, debe someterse al examen físico dentro de los 12 primeros meses de tener la Parte B de Medicare.)
- Examen físico (examen físico anual necesario a partir de enero de 2011) como resultado de ACA
- Examen de Aneurisma Aórtico Abdominal*
- Densitometría ósea
- Examen para la detección de problemas cardiovasculares
- Examen de cáncer colorrectal
- Examen de diabetes
- Vacuna contra la gripe
- Examen de glaucoma
- Vacuna contra la Hepatitis B
- Examen de HIV
- Mamografía
- Examen Papanicolaou/pélvico y de los senos
- Examen para la detección del cáncer de próstata
- Vacuna neumocócica
- Terapia para dejar de fumar

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

AVISO: Estos servicios se discuten en detalle en al Módulo 7.

Lo que las Partes A y B no cubren

- El cuidado a largo plazo
- Los servicios dentales de rutina
- Las dentaduras
- La cirugía estética
- Acupuntura
- Aparatos de asistencia auditiva y los ajustes para colocarlos
- Otros – visite www.medicare.gov

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

29

- Las Partes A y B de Medicare no cubren todos los servicios. Si usted necesita algún servicio que Medicare no cubre, tendrá que pagarlo de su bolsillo a menos que tenga otro seguro médico. Inclusive para los servicios o suministros que Medicare cubre, usted tendrá que pagar los deducibles, coseguro y copagos.
- Los artículos y servicios que Medicare no cubre incluyen, pero no se limitan al cuidado a largo plazo, el cuidado dental de rutina, las dentaduras, cirugía estética, acupuntura, audífonos y exámenes para colocar los audífonos.

Glosario de Medicare:



Cuidado a largo plazo – El cuidado a largo plazo incluye el cuidado médico y no-médico para personas que padecen de una enfermedad o discapacidad crónica. El cuidado no-médico incluye cuidado con asistencia personal no especializada, como por ejemplo ayuda con actividades diarias como el vestirse, aseo personal, y usar el baño. El cuidado a largo plazo puede facilitarse en la casa, en la comunidad, en instalaciones de vida asistida, o en una residencia para ancianos. Es importante empezar a planificar para cuidado a largo plazo ya mismo para mantener su independencia y asegurarse que obtiene el cuidado que pudiera necesitar en el futuro.



Para informarse si Medicare cubre un servicio que usted necesita, visite www.medicare.gov o haga clic en “Lo que cubre Medicare,” o llame al 1-800-



MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deberían llamar al 1-877-486-2048.

Inscripción automática en la Parte B

- Al cumplir 65, si recibe beneficios de retiro
- Antes de cumplir 65, si está incapacitado
 - Después de recibir beneficios por incapacidad de SSA por 24 meses
 - El mes en que empezó la incapacidad si tiene ALS
 - Esclerosis Lateral Amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig)
- Las demás personas deben inscribirse ellas mismas

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

30

- En la mayoría de los casos, Si usted ya recibe los beneficios del Seguro Social (SSA) o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), recibirá automáticamente la Parte A y Parte B empezando el primer día del mes en que cumpla 65 años. Si cumple años el día primero del mes, la Parte A y Parte B empezarán el primer día del mes anterior.
- Si tiene menos de 65 años y está discapacitado, recibirá automáticamente la Parte A y Parte B después de recibir los beneficios por parte de Seguro Social o ciertos beneficios por discapacidad por parte del RRB por 24 meses.
- Recibirá su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare por correo 3 meses antes de cumplir 65 años o del mes número 25 de sus beneficios por discapacidad. Si no desea la Parte B, siga las instrucciones mencionadas en la tarjeta y devuélvala. Si se queda con la tarjeta significa que también se queda con la Parte B y tendrá que pagar la prima mensual.
- Si reside en Puerto Rico o en un país extranjero y recibe los beneficios del Seguro Social o RRB, recibirá automáticamente la Parte A. Si desea la Parte B, deberá inscribirse para obtenerla. Los residentes de Puerto Rico deben comunicarse con su oficina local del Seguro Social si desean más información. Los residentes en países extranjeros pueden comunicarse con cualquier oficina consular de los Estados Unidos.
- Si padece de ALS (Esclerosis Lateral Amiotrófica, también conocida como enfermedad de Lou Gehrig), recibe automáticamente la Parte A y Parte B en el mes en que empiecen los beneficios por discapacidad.
- Si no está recibiendo beneficios por retiro del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) debe inscribirse usted mismo para obtener Medicare. Más adelante hablaremos de los períodos durante los cuales se puede inscribir.

Si no está inscrito automáticamente, su período inicial de inscripción es de 7 meses							
Sin demora				Inicio retrasado			
Si se inscribe en la Parte B	3 meses antes del mes en que cumple 65	2 meses antes del mes en que cumple 65	1 mes antes del mes en que cumple 65	El mes en que cumple 65	1 mes después de cumplir 65	2 meses después de cumplir 65	3 meses después de cumplir 65
Inscríbase pronto para evitar una demora en la cobertura de los servicios de la Parte B. Para que la cobertura de la Parte B empiece en el mes en que cumple 65, debe inscribirse durante los 3 meses anteriores al mes en que cumple 65.				Si espera hasta los cuatro últimos meses de su período inicial de inscripción para inscribirse en la Parte B, el inicio de su cobertura se retrasará .			

- Si no está inscrito automáticamente, puede elegir inscribirse en la Parte B durante su Período Inicial de Inscripción (IEP).
- Puede inscribirse en la Parte B en cualquier momento durante el IEP de 7 meses que empieza 3 meses antes del mes en que usted es elegible para Medicare. Puede elegir si desea o no inscribirse en la Parte B. Si se inscribe, usted paga una prima mensual para la Parte B de Medicare.
- Inscríbase durante los 3 primeros de su IEP para que la cobertura de la Parte B comience el mes en que cumpla 65. Sin embargo, si cumple años el día primero del mes, su cobertura empieza el día primero del mes anterior.
- Si espera para inscribirse los cuatro últimos meses de su IEP, el inicio de la cobertura de la Parte B se retrasará.

AVISO: Si cumple años el día primero del mes, la cobertura comienza el día primero del mes anterior a su cumpleaños, si se inscribe en los dos primeros meses de su IEP.

Período General de Inscripción (GEP)

- Del 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año
- La cobertura se inicia el 1 de julio
- Multa por inscripción tardía
 - 10% por cada período de 12 meses en que fue elegible pero no se inscribió
 - Debe pagarla mientras tenga la Parte B
 - Excepciones limitadas

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

32

- Si no acepta la Parte B cuando es elegible por primera vez, tal vez tenga que esperar para inscribirse durante el Período General de Inscripción (GEP) que va del 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de julio de ese año.
- Multa por inscripción tardía – si no acepta la Parte B cuando sea elegible por primera vez, tendrá que pagar una multa del 10% por cada periodo completo de 12 meses en que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió, excepto en situaciones especiales. En la mayoría de los casos, tendrán que pagar esta multa mientras tengan la Parte B.

Lo que usted paga por los servicios de la Parte B

- Con Medicare Original usted paga
 - Un deducible anual de \$140 en el 2012
 - 20% de coseguro para la mayoría de los servicios
- Algunos programas pueden ayudarle a pagar estos costos

12/12/11

- Si tiene el Medicare Original, usted paga el deducible de la Parte B, que es la cantidad que debe pagar cada año por los servicios médicos, antes de que Medicare comience a pagar su parte. Esta cantidad puede cambiar cada año en enero. Para el 2012 el deducible es \$140. Lo que significa que en el 2012 usted debe pagar los primeros \$140 por los servicios aprobados por Medicare, antes de que la Parte B de Medicare comience a pagar por su atención médica.
- También tiene que pagar algunos copagos o un coseguro por los servicios cubiertos por la Parte B. La cantidad dependerá del servicio, pero en general es el 20%.
- Si usted no puede afrontar estos gastos, hay programas que podrían ayudarle. Más adelante hablaremos sobre los mismos. Vea la Lección 4.

Prima mensual de la Parte B		
Si sus ingresos anuales en 2009 fueron		Usted paga
Declaración individual	Declaración conjunta	
\$85,000 ó menos	\$170,000 ó menos	\$99.90
\$85,001–\$107,000	\$170,001–\$214,000	\$139.90
\$107,001–\$160,000	\$214,001–\$320,000	\$199.80
\$160,001–\$214,000	\$320,001–\$428,000	\$259.70
Más de \$214,000	Más de \$428,000	\$319.70

04/28/2011 Entienda cómo funciona Medicare 34

- La prima de la Parte B en el 2012 es \$99.90, una reducción de \$15.50 sobre la prima del 2011 que fue de \$115.40/ Sin embargo, la mayoría de los beneficiarios de Medicare fueron protegidos por la ley y solamente estaban pagando \$96.50. La prima en el 2012 representa un aumento de \$3.50 para estas personas. La mayoría de los beneficiarios pagaran \$99.90.
- Algunas personas con ingresos anuales más altos pagan una prima de la Parte B más alta. Estas cantidades pueden cambiar cada año. Vea más abajo las primas de la Parte B para el 2012 basadas en los ingresos anuales ajustados modificados para un individuo.
 - \$85,001 - \$107,000, la prima de la Parte B es \$139.90 por mes
 - \$107,001 - \$160,000, la prima de la Parte B es \$199.80 por mes
 - \$160,001 - \$214,000 la prima de la Parte B es \$259.70 por mes
 - Más de \$214,000, la prima de la Parte B es \$319.70 por mes
- Los límites de ingresos anuales para declaraciones conjuntas son el doble que las de las declaraciones individuales. El Seguro Social utiliza su declaración de impuestos de hace dos años para determinar la prima de la Parte B. Por ejemplo, los ingresos anuales del 2010 declarados en el 2011 son utilizados para determinar la prima mensual de la Parte B en el 2012. Recuerde que esta prima puede ser más alta si usted no eligió la Parte B cuando fue elegible por primera vez. El costo de la Parte B de Medicare puede subir un 10% por cada período de 12 meses en que podría haber tenido la Parte B pero no la tomó. Una excepción puede ocurrir si usted , o su cónyuge o un familiar estaba discapacitado, aun trabaja y está cubierto por un plan de grupo a través de ese empleador. En ese caso, usted es elegible para inscribirse en la Parte B durante un período especial de inscripción. No pagará una multa. Vea la diapositiva 39.



Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 si presentó una declaración enmendada o si sus ingresos han disminuido.

El pago de la prima de la Parte B

- Deducido mensualmente del
 - pago del Seguro Social
 - pago de la Junta de Retiro Ferroviario o
 - pago de la jubilación federal
- Si no se la deducen
 - le pueden enviar una factura cada 3 meses o
 - el servicio de Pago Fácil de Medicare lo deduce de su cuenta
- Comuníquese con SSA, RRB o con OPM para averiguar cómo pagar las primas

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

35

- La prima de la Parte B es deducida de su pago mensual del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la jubilación federal.
- Las personas que no reciben pagos por jubilación o cuyos pagos no son suficientes para cubrir la prima, reciben una factura de Medicare.
 - La factura se puede pagar con tarjeta de crédito, cheque, o giro postal.
- Para información acerca de las primas de la Parte B de Medicare, comuníquese con SSA, RRB, o la Oficina de Gerencia de Personal (OPM) para jubilados federales.
- Si usted no puede pagar la prima de la Parte B, hay programas que podrían ayudarle a pagarla. Vea Lección 4.

Multa por inscripción tardía en la Parte B

- La multa por no inscribirse cuando fue elegible por primera vez
 - 10% más por cada período completo de 12
 - Podría pagar la multa mientras tenga la Parte B
- Inscribese durante un período especial de inscripción
 - Usualmente no paga multa

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

36

- Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, tendrá que pagar una multa por inscripción tardía por el tiempo que tenga Medicare.
- La prima mensual de la Parte B puede aumentar 10% por cada 12 meses que usted podría haberse inscrito en la Parte B y no lo hizo.
- Por lo general, usted no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía si se inscribe en la Parte B durante un Período Especial de Inscripción (SEP por su sigla en inglés). Ver transparencia 39.

Ejemplo de la multa por inscripción tardía

María retrasó su inscripción en la Parte B por dos años a partir del momento en que fue elegible. Tendrá que pagar una multa de 10% más por cada período de 12 meses en los que pudo haberse inscrito y no lo hizo. La multa se agrega a la prima mensual de la Parte B (\$99.90 en el 2012). Por lo tanto, en el 2012, su prima será:

$$\begin{array}{r} \$99.90 \text{ (prima estándar de la Parte B para el 2012)} \\ + \$19.98 \text{ (20\% [de } \$99.90] \text{ (2 X 10\%))} \\ \hline \$119.88 \text{ (redondeado) (Para este ejemplo solamente)} \\ \$119.90 \text{ (Prima mensual de la Parte B para el 2012)} \end{array}$$

12/12/11

Este es un ejemplo del cálculo de la multa por inscripción tardía en la Parte B:

- María retrasó su inscripción en la Parte B por dos años a partir del momento en que fue elegible. Tendrá que pagar una multa de 10% más por cada período de 12 meses en los que pudo haberse inscrito y no lo hizo. No es elegible para un período especial de inscripción.
- Dado que acaba de inscribirse, nunca le dedujeron el monto de la prima del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, su ingreso es menos de \$85,000. Por lo tanto, la prima estándar que paga en el 2012 es \$99.90.
- El 20% de multa de la prima de \$99.90 es \$19.98.
- La cantidad total se redondea. En este caso se redondea hacia arriba a \$20.00
- La prima total de María para el 2012 es \$119.90.
- Si María es elegible para un Período Especial de Inscripción, no tendrá que pagar la multa.

La Parte B y la cobertura de su empleador o sindicato

- Puede afectar sus derechos de inscripción en la Parte B
 - Tal vez le convenga posponer la inscripción en la Parte B si
 - Está cubierto por un empleador o sindicato y
 - Usted o su cónyuge, o familiar está discapacitado, o aun trabaja
- Entérese cómo trabaja su seguro con Medicare
 - Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador/sindicato

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

38

- Si tiene cobertura médica a través de su empleador (incluyendo la del Programa de Beneficios Médicos para Empleados Federales) o un sindicato mientras usted o su cónyuge, o familiar sigue trabajando, podría afectar su derecho a inscribirse en la Parte B.
- Usted debería comunicarse con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato y averiguar cómo trabaja su seguro con Medicare y si le convendría esperar para inscribirse en la Parte B.

Cuando la cobertura de su empleador o sindicato termina

- Cuando termina su empleo
 - Usted podría escoger el beneficio de COBRA
 - Puede que se le otorgue un Período Especial de Inscripción
 - Puede inscribirse en la Parte B sin pagar la multa
- Período de inscripción abierta a Medigap
 - Comienza cuando ambos cumplen 65 años y se inscriben en la Parte B
 - Una vez que comienza no puede atrasarse o repetirse

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

39

- Cuando termina su empleo y usted no está inscrito en la Parte B, pueden pasar tres cosas:
 - Tal vez tenga la oportunidad de escoger la cobertura de COBRA, que extenderá su cobertura médica a través del plan de su empleador (en la mayoría de los casos solamente por 18 meses) y probablemente le costará más.
 - Se le puede otorgar un Período Especial de Inscripción en la Parte B sin tener que pagar la multa por inscripción tardía. Este período de 8 meses comienza el mes en que termina su empleo. El período tendrá vigencia independientemente de que usted escoja o no la cobertura de COBRA. No espere hasta que termine COBRA para inscribirse en la Parte B. Si se inscribe en la Parte B después de los ocho meses del período especial de inscripción, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía **y tendrá que esperar hasta el próximo período general de inscripción para obtener la Parte B.**
 - Como podrá ver por este módulo de orientación, Medicare no paga por todos los costos del cuidado de la salud. Una forma de cubrir los costos que Medicare no paga es comprando una póliza de Medigap. Abordaremos este tema y otros más adelante, pero es importante que usted sepa que cuando se inscribe en la Parte B, tiene un periodo abierto de inscripción a Medigap de 6 meses que le da derecho garantizado a comprar una póliza de Medigap (Seguro Suplementario a Medicare). Una vez que este período empieza, no puede repetirse o retrasarse. Las pólizas de Medigap se explican en las diapositivas 48-50.

Medicare y la cobertura de TRICARE

- La Parte A de Medicare y TRICARE for Life (TFL)
 - Si está jubilado, para mantener la cobertura de TRICARE, usted tiene que tener la Parte B de Medicare
- Miembros en servicio activo, sus cónyuges y los hijos dependientes
 - Para mantener el seguro TRICARE no necesita tener la Parte B
- Tiene un Período Especial de Inscripción en la Parte B
 - Si tiene Medicare porque ya tiene 65 años o
 - Porque está incapacitado

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

40

- Si usted tiene la Parte A de Medicare y TRICARE (seguro médico para militares en servicio activo y jubilados de las Fuerzas Armadas y sus familias), para mantener la cobertura de TRICARE, tiene que tener la Parte B.
- Sin embargo, si es un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas, o el cónyuge o dependiente de un miembro en servicio activo:
 - No tiene que estar inscrito en la Parte B para mantener la cobertura de TRICARE mientras que el miembro esté servicio activo.
 - Cuando el miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo se jubila, usted se tiene que inscribir en la Parte B para mantener la cobertura de TRICARE.
 - Usted puede obtener la Parte B durante un período especial de inscripción si tiene Medicare porque tiene 65 años o más o por una discapacidad.

Nota: Si está inscrito en un plan Medicare Advantage o decide inscribirse en uno, dígame a su plan que tiene TRICARE, para que sus facturas sean pagadas correctamente.

Lección 2 – Sus opciones de cobertura de Medicare

- Medicare Original (Parte A y Parte B)
- Planes de Medicare Advantage (Parte C)
- Planes Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D)

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

41

En la lección 2 discutiremos las opciones de cobertura de Medicare

- Medicare Original (Parte A y Parte B)
- Planes de Medicare Advantage (Parte C) y otros planes de Medicare
- Planes Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D)

Medicare Original

- ¿Que es el Medicare Original?
- Asignación
- Contactos privados
- Pólizas de Medigap

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

42

Medicare Original explica lo siguiente:

- ¿Qué es el Medicare Original?
- Asignación
- Contratos Privados
- Pólizas de Medigap (Seguro suplementario a Medicare)

¿Qué es el Medicare Original?

- Opción de cuidado de la salud administrado por el gobierno federal
- Le brinda la cobertura de la Parte A y/o Parte B
- Puede atenderse con cualquier doctor u hospital que acepte Medicare
- Usted paga
 - La prima de la Parte B (la Parte A es gratuita para la mayoría de los beneficiarios)
 - Deducibles, coseguro o copagos
- Le envían el Resumen de Medicare (MSN)
- Puede inscribirse en la Parte D para añadir la cobertura de las recetas médicas

12/12/11

- El Medicare Original es una de las opciones que le ofrece el programa Medicare. Usted estará inscrito en el Medicare Original a menos que escoja inscribirse en un plan Medicare Advantage o en otro plan de Medicare. El Medicare Original es un plan de pago-por-servicio administrado por el gobierno federal.
- Si usted tiene la Parte A, obtendrá todos los servicios cubiertos por la Parte A. Si tiene la Parte B, podrá obtener todos los servicios cubiertos por la Parte B. Tal y como lo mencionamos antes, la Parte A (seguro de hospital) es gratuita (sin pago de una prima) para la mayoría de las personas. Para Medicare Parte B (seguro médico) usted paga una prima mensual. El monto de la prima de la Parte B en el 2012 es \$99.90, una reducción de \$15.50 sobre la prima del 2011 que fue \$115.40.
- Si tiene el Medicare Original, puede atenderse con cualquier médico, proveedor, hospital o centro que acepte Medicare y esté aceptando nuevos pacientes.
- Si tiene el Medicare Original debe pagar los deducibles, el coseguro y los copagos. Después de recibir los servicios médicos, le enviarán una carta por correo conocida como el Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés), que lista todos los servicios que recibió, lo que se cobró por ellos, lo que pagó Medicare, y lo que le pueden cobrar a usted. Si usted está en desacuerdo con la información en su MSN o en la factura que ha recibido, puede apelar. En el MSN encontrará información sobre cómo apelar.
- Si desea agregarle la cobertura de sus recetas médicas puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

La asignación

- Si el doctor, proveedor, suplidor ***acepta la asignación***
 - Firmó un acuerdo con Medicare
 - O es requisito de la ley
 - Acepta la cantidad aprobada por Medicare
 - Como pago completo por los servicios cubiertos
 - Solo le cobra el deducible/coseguro de Medicare
- La mayoría aceptan la asignación
 - Presentan su reclamación a Medicare directamente

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

44

- La asignación significa que su médico, proveedor o abastecedor ha firmado un acuerdo con Medicare (o está obligado por ley) para aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total por los servicios proporcionados.
- La mayoría de los médicos, proveedores y abastecedores aceptan la asignación, pero usted siempre debe preguntar para estar seguro porque algunos de los que participan en el programa Medicare no la aceptan.
- En algunos casos, los médicos, proveedores y abastecedores deben aceptar la asignación, como cuando tienen un acuerdo de participación con Medicare y le brindan los servicios cubiertos por Medicare

Los suplidores y la asignación

- Los suplidores que no aceptan la asignación
 - Pueden cobrar más
 - El límite es un 15% más
 - Tal vez le hagan pagar la cantidad total al recibir el servicio
- A veces los proveedores deben aceptar la asignación
 - Para los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare
 - Proveedores de servicio de ambulancia

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

45

- Si su médico, proveedor o abastecedor no acepta la asignación
 - Tal vez usted tenga que pagar la cantidad total al momento de recibir el servicio, y luego enviar la reclamación a Medicare para que le reintegren el dinero. Para hacerlo, tiene que usar el formulario de CMS-1490S. Visite www.medicare.gov/medicareonlineforms para obtener el formulario y la instrucciones para llenarlo, o llame al 1-800-MEDICARE.
 - Pueden cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare, pero hay un límite conocido como “cargo límite”. Ellos solamente pueden cobrarle hasta 15% más de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite sólo es válido para ciertos servicios y no se aplica a los suministros ni al equipo médico duradero.

Advertencia: Si usted obtiene los medicamentos recetados cubiertos por la Parte B o los suministros de un abastecedor o farmacia que no está inscrito en el programa Medicare, tendrá que presentar sus propia reclamación para que Medicare la pague. No pueden cobrarle por presentar su reclamación. Si no presentan la reclamación después de usted se lo haya solicitado, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Contratos privados

- Es un acuerdo entre usted y su médico
 - El médico no presta servicios a través de Medicare
 - Medicare Original y Medigap no pagarán
 - Otros planes de Medicare no pagarán
 - Pagará el costo total por los servicios recibidos
 - No deberá presentar reclamaciones
 - No pueden pedirle que lo firme en caso de emergencia

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

46

- Un contrato privado es un acuerdo entre usted y un médico que ha decidido no brindar servicios a través del programa Medicare. El contrato privado solamente se aplica a los servicios proporcionados por el médico que le ha pedido que lo firme. Esto significa que ni Medicare ni Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) pagarán por los servicios del médico con el que usted ha firmado el contrato privado. A usted no le pueden pedir que firme un contrato privado en caso de una emergencia o de necesidad de atención urgente. Usted aún tiene el derecho de consultar a otros médicos de Medicare para obtener dichos servicios.
- Si firma un contrato privado con su médico
 - Medicare no pagará por los servicios que usted reciba de ese médico.
 - Su póliza Medigap, si la tuviera, tampoco pagará por dichos servicios. (Antes de obtener el servicio, llame a su compañía de seguro.)
 - Usted tendrá que pagar lo que le cobre el médico o proveedor. (el cargo límite no se aplicará.)
 - Tampoco pagarán por los servicios los otros planes de Medicare.
 - No es necesario presentar una reclamación porque Medicare no la pagará.
 - Muchos otros seguros tampoco pagarán por los servicios.
 - El médico no podrá facturarle a Medicare por un servicio brindado a un beneficiario de Medicare por un período de dos años.

Pólizas Medigap

- Póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)
 - Seguro médico privado para individuos
 - Vendido por compañías privadas
 - Suplementa la cobertura del Medicare Original
 - Cumple las leyes federales y estatales establecidas para protegerlo

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

47

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

Medigap

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

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

48

- En todos los estados excepto en Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, las pólizas Medigap deben ser uno de los planes estandarizados A, B, C, D, F, G, K, L, M o N para que se las pueda comparar fácilmente. Cada plan tiene un conjunto de beneficios diferentes y es lo mismo para cualquier empresa de seguro. Es importante que compare las pólizas Medigap porque los precios pueden variar. (Nota: Cada compañía decide cuáles son las pólizas Medigap que venderá y el precio de cada una, con la aprobación del estado.)
- La póliza Medigap solamente trabaja con el Medicare Original (no con los planes Medicare Advantage (MA) u otros planes de Medicare). Es ilegal que traten de venderle una póliza Medigap si usted:
 - Está inscrito en un Plan Medicare Advantage (a menos que su membresía esté acabando).
 - Tiene Medicaid (a menos que Medicaid pague por su póliza Medigap o si paga solamente la prima de la Parte B).
 - Ya tiene una póliza Medigap (a menos que cancele su póliza anterior).
- Si se inscribe en un plan Medicare Advantage o en otro plan de Medicare, tal vez le convenga cancelar su póliza Medigap. Si bien usted tiene derecho a quedársela, no podrá usarla para pagar por los servicios que recibe de un plan MA o de otro plan de Medicare, ni por ninguno de los costos compartidos correspondientes a estos planes.
- Si está inscrito en el Medicare Original y tiene una póliza Medigap, puede atenderse con cualquier médico, proveedor o en cualquier hospital que acepte Medicare. Sin embargo, si tiene una póliza **Medicare SELECT**, debe atenderse en hospitales específicos y, en algunos casos, con médicos específicos para recibir los beneficios completos.

Si desea más información sobre las pólizas de Medigap, consulte el Módulo 3.

Beneficios de Medigap	A	B	C	D	F*	G	K**	L**	M	N
Coseguro de la Parte A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hasta 365 Días	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coseguro de la Parte B	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sangre	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coseguro del cuidado de hospicio	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coseguro de centro de enfermería especializada			✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓
Deducible de la Parte A		✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	50%	✓
Deducible de la Parte B			✓		✓					
Cargos excesivos de la Parte B					✓	✓				
Emergencia en el extranjero (hasta el límite del plan)			✓	✓	✓	✓			✓	✓
*El plan F ofrece una opción de deducible alto.										
** Los Planes K y L un límite de gastos de su bolsillo de \$4,640 y \$2,320 respectivamente										
04/28/2011 Entienda cómo funciona Medicare 49										

- Los beneficios básicos están cubiertos por todos los planes de Medigap. Estos incluyen:
 - Coseguro de la Parte A de Medicare y costos del hospital hasta 365 días adicionales después de agotar los beneficios de Medicare.
 - Coseguro o copago de la Parte B de Medicare
 - Sangre (las tres primeras pintas)
 - Coseguro o copago de la Parte A del cuidado de hospicio

NOTA: El Plan N paga 100% del coseguro de la Parte B, excepto por un copago de hasta \$20 para algunas visitas médicas y hasta \$50 para las visitas a la sala de emergencia que no resulten en una admisión al hospital.

- Cada plan de Medigap cubre diferentes beneficios.
- El coseguro de centro de enfermería especializada está cubierto por los planes de Medigap C, D, F, G, K (al 50%), L (al 75%), M, y N.
- El deducible de la Parte A de Medicare está cubierto por los planes Medigap B, C, D, F, G, K (al 50%), L (al 75%), M (al 50%) y N.
- El deducible de la Parte B de Medicare está cubierto por los planes Medigap C y F.
- Los sobrecargos de la Parte B de Medicare están cubierto por los planes Medigap F y G.
- Los costos por emergencia en el extranjero hasta el límite del plan están cubiertos por los planes Medigap C, D, F, G, M y N.
- El gráfico en tamaño completo está disponible en el cuaderno de trabajo correspondiente. Vea Apéndice A.

NOTA: *El plan F también ofrece una opción de deducible alto. Los Planes K y L tienen un límite de gastos de su bolsillo de \$4,640 y \$2,320 respectivamente .

Ejercicio

A. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid inscriben a la mayoría de las personas en Medicare.

1. Cierto
2. Falso

0%

0%

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

1

2

50

A. Respuesta: 2. Falso

El Seguro Social es responsable de inscribir a la mayoría de los beneficiarios en Medicare.

Ejercicio

B. En el 2012, el monto de la prima de la Parte B para la mayoría de los beneficiarios es \$99.90

1. Cierto
2. Falso

■ , 1, 0%

■ , 2, 0%

12/12/11

B. Respuesta: 1. Verdadero.

El costo de la prima por la Parte B de Medicare será \$99.90 en el 2012, una reducción de \$15.50 sobre la prima en el 2011 que fue \$115.40. Sin embargo, la mayoría de los beneficiarios fueron protegidos y no se le aumento la prima en el 2011, y pagaron la el costo de la prima del 2009 que fue 96.40 por mes. La prima del 2012 representa un incremento de \$3.50 para estas personas. La mayoría de los beneficiarios de Medicare pagaran \$99.90 en le 2012.0

Los Planes Medicare Advantage

- ¿Qué son?
- ¿Quién puede inscribirse?
- ¿Cómo trabajan?
- ¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan?
- Los costos de los planes Medicare Advantage
- Otros planes de salud de Medicare

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

52

Los Planes Medicare Advantage

- ¿Qué son?
- ¿Quién puede inscribirse?
- ¿Cómo trabajan?
- ¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan?
- Los costos de los planes MA
- Otros planes de salud de Medicare

Si desea más información, consulte el Módulo 11 sobre los planes de Medicare Advantage.

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

¿Qué son los Planes Medicare Advantage (MA)?

- Opciones de planes médicos aprobados por Medicare
- También se conocen como la Parte C Medicare
- Administrados por empresas privadas
- Medicare paga una cantidad fija por su atención médica
- Es otra forma de obtener cobertura de Medicare
- Es parte del programa de Medicare
- Tal vez tenga que usar redes de médicos u hospitales

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

53

- Los Planes Medicare Advantage son planes médicos aprobados por Medicare. Los planes de Medicare Advantage son ofrecidos en muchas áreas del país por empresas privadas que firman un contrato con Medicare.
- Son parte del programa Medicare y a veces se les conoce como la “Parte C.”
- Los planes reciben un pago fijo de Medicare para brindarle a sus miembros los servicios médicos que necesiten.
- Usted aun está bajo el programa de Medicare.
- En un plan de Medicare Advantage, Tal vez tenga que usar doctores u hospitales que pertenezcan al plan.

Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage

- Sigue en el programa Medicare y tiene todos los derechos y protecciones
- Sigue recibiendo los servicios cubiertos por Medicare
 - Algunos planes ofrecen beneficios adicionales
- Podría obtener la cobertura de sus recetas médicas
- Podría obtener beneficios adicionales como servicios de la vista o dentales
- Los beneficios y partes pagadas por usted tal vez sean diferentes

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

54

- Sigue teniendo los derechos y protecciones de Medicare
- Sigue recibiendo los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.
- Usted podría obtener beneficios adicionales ofrecidos por el plan, entre los que se incluye la cobertura de las recetas médicas de Medicare. Otros beneficio adicionales podrían incluir cobertura de servicios de la vista, oído, dentales y servicios para la salud y bienestar.
- Los beneficios y partes pagadas por usted podrían ser diferentes a las de Medicare Original.

Requisitos de elegibilidad para los MA

- Usted debe vivir en el área de servicio del plan
- Tiene que tener la Parte A y la Parte B de Medicare
- Al momento de su inscripción usted no debe padecer de ESRD
 - Algunas excepciones
- Debe facilitar la información debida
- Debe aceptar las normas del plan
- Sólo puede pertenecer a un plan a la vez

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

55

- Los Planes Medicare Advantage están disponibles para la mayoría de los beneficiarios con Medicare. Para poder inscribirse en un Plan MA, usted debe:
 - Vivir en la zona geográfica de servicio del plan o el área extendida para los servicios
 - Tener la Parte A y B de Medicare
 - No tiene que padecer de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés). Las personas que padecen de ESRD por lo general no pueden inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en otro plan de Medicare. Sin embargo, hay algunas excepciones.
- Además, usted debe:
 - Estar de acuerdo en proporcionarle al plan cierta información
 - Aceptar las normas del plan
 - Estar inscrito en un sólo plan a la vez
- Para averiguar cuáles son los Planes Medicare Advantage disponibles en su zona, visite www.medicare.gov y haga clic en Compare los planes de salud y las pólizas Medigap en su zona para utilizar la herramienta de comparación de sus opciones Medicare, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tipos de Planes Medicare Advantage

- Los planes de Medicare Advantage incluyen:
 - Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
 - Organización de Proveedor Preferido (PPO)
 - Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS)
 - Planes para Necesidades Especiales(SNP)
 - Planes HMO Punto de servicio (HMOPOS)
 - Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)
- No todos los tipos de planes están disponibles en todas las áreas

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

56

- Hay cinco tipos principales de planes Medicare Advantage:
 - **Planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO)**—planes que salud administrados que cubren todos los servicios de las Partes A y B y otros servicios adicionales. Por lo general, usted sólo puede atenderse con médicos, especialistas y en hospitales que forman parte de la red del plan, excepto en caso de emergencia.
 - **Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO)**—similares a un HMO, pero los miembros puede atenderse con cualquier médico o proveedor que acepte Medicare y no necesitan ser referidos para ver un especialista. Si se atiende con un proveedor de la salud que no es parte de la red del plan, generalmente pagará más.
 - **Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS)** —los miembros pueden atenderse con cualquier proveedor que acepte los términos del plan, y pueden obtener beneficios extra. La compañía que los ofrece decide cuánto pagará y cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios.
 - **Planes Medicare para Necesidades Especiales (SNP)**—sólo atienden a ciertos grupos de personas, como aquellos en centros de cuidado a largo plazo (como un asilo para ancianos), los que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid y las personas con enfermedades crónicas o que los discapacitantes.
 - **Planes HMO Punto de servicio (HMOPOS)**—un plan HMO que le puede ofrecer algunos servicios fuera de la red de proveedores con un costo más alto.
 - **Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)**—planes que tiene dos partes y son similares a los planes de Cuentas de Ahorros Médicos disponibles fuera del programa Medicare. Estos planes de salud MA tienen un deducible alto que debe pagarse antes de que el plan empiece a pagar la parte que le corresponde. Los deducibles cambian de acuerdo al plan. La segunda parte es una Cuenta de Ahorros Médicos en la que Medicare deposita dinero que usted puede usar para sus gastos médicos.
- No todos los tipos de planes están disponibles en todas las áreas.

¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de Plan MA?	
Período de elección de cobertura inicial	<ul style="list-style-type: none"> El período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes que cumple 65 años de edad
Período de elección anual	<ul style="list-style-type: none"> 15 de octubre – 7 de diciembre La cobertura empieza el 1 de enero
Período de elección especial	<ul style="list-style-type: none"> Se muda fuera del área de servicio del plan –y no puede quedarse en el plan El plan abandona el programa de Medicare Otras situaciones especiales

Nuevo en el 2011

04/28/2011 Entienda cómo funciona Medicare 57

- Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage cuando es elegible para Medicare por primera vez, durante su Período Inicial de Inscripción que empieza 3 meses antes de su elegibilidad para las Partes A y B de Medicare, o durante el Período Anual de Inscripción, y en ciertas situaciones especiales en la que le ofrecen un Período Especial de Inscripción.
- Usted puede inscribirse en un solo Plan Medicare Advantage a la vez y la inscripción por lo general es por un año.
- Usted puede cambiarse a otro Plan Medicare Advantage o al Medicare Original durante el Período Anual de Inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre.



Vea la Sección 3204 de la ley de Atención Médica Asequible.

¿Cuándo puede cancelar su Plan MA?	
Período Anual de Cancelación de Medicare Advantage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre el 1 de enero y el 14 de febrero ▪ Puede cancelar su plan MA ▪ Puede volver a Medicare Original <ul style="list-style-type: none"> – Su cobertura comienza el primer mes después de que se haya cambiado ▪ Si usted realiza este cambio, también puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para agregar la cobertura de los medicamentos <ul style="list-style-type: none"> – Su cobertura de medicamentos comienza el primer día del mes después de que el plan haya recibido su formulario de inscripción ▪ No puede inscribirse en otro plan MA durante este período
04/28/2011	Entienda cómo funciona Medicare
	58

- **Nuevo:** Si usted está inscrito en un plan MA, puede cambiarse al Medicare Original del 1 de enero al 14 de febrero. Si durante este período usted vuelve al Medicare Original su cobertura comenzará el primero del mes después de la fecha en que se realizó la elección o el cambio.
- Para cancelar su plan MA y volver al Medicare Original durante este período, usted puede
 - Solicitarle la cancelación directamente a la organización MA
 - Llamar al 1-800-MEDICARE
 - Inscribirse en un PDP independiente
- Si usted realiza este cambio, también puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para agregar la cobertura de medicamentos. La cobertura comienza el primer día del mes siguiente al momento en que el plan recibe sus solicitud.

AVISO: Vea el Apéndice B para ayuda acerca del período de cancelación de Medicare Advantage.



Vea la Sección 3204 acerca de la ley de Atención Médica Asequible.

Los costos de los planes MA

- Usted continuará pagando la prima de la Parte B
 - Algunos planes pueden ayudarle a pagar parte o toda la prima
 - Algunos beneficiarios podrían recibir ayuda estatal
- Tal vez también tenga que pagar la prima del plan
- También paga los deducibles/coseguro/copagos
 - Distintos de los del Medicare Original
 - Varía según el plan

12/12/11

- Si usted se inscribe en un plan Medicare Advantage, tendrá que seguir pagando la prima de la Parte B. La prima de la Parte B en el 2012 es \$99.90.
 - Algunos planes pueden ayudarle a pagar toda o parte de dicha prima.
 - Algunas personas son elegibles para recibir ayuda estatal
- Usted podría pagar una prima adicional correspondiente al plan.
- Usted paga los deducibles, el coseguro y los copagos
 - Diferentes a los del Medicare Original
 - Varían con cada plan

Otros planes de Medicare

- Otros planes de Medicare
 - Otros planes que no son los planes MA son
 - Los Planes Medicare de Costo
 - Los Programas Piloto
 - Los Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos (PACE)
- Solamente se ofrecen en ciertas zonas

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

60

- Hay otros tres tipos de planes de Medicare que no son los Planes Medicare Advantage. Estos planes sólo están disponibles en ciertas zonas.
 - **Los Planes Medicare de Costo** – similares a los HMO, pero los servicios que usted reciba fuera del plan serán cubiertos por el Medicare Original.
 - **Los Programas Piloto** - proyectos que prueban futuras mejoras a la cobertura, los costos y la calidad de Medicare.
 - **PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)**—combinan los servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para los ancianos con un estado de salud frágil, y aquellos que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.

Ejercicio

- A. Los programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE) es un tipo de plan de Medicare Advantage.
1. Cierto
 2. Falso

0%

0%

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

1

2

61

A. Respuesta: 2. Falso

Los programas PACE combinan los servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para los ancianos con un estado de salud frágil, y aquellos que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estos no son planes de Medicare Advantage.

Ejercicio

B. El período de cancelación de Medicare Advantage es del 1 de enero hasta el 14 de febrero.

1. Cierto
2. Falso

0%

0%

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

1

2

62

B. Respuesta: 1. Verdadero

A partir del 2011, El período de cancelación de Medicare Advantage es del 1 de enero hasta el 14 de febrero cada año. Durante este período, usted solamente puede cancelar su Plan MA e inscribirse en el Medicare Original. No puede cambiarse a otro plan MA. Cuando se cambie la Medicare Original, podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para agregar la cobertura de la Parte D.

La cobertura Medicare de las recetas médicas

La cobertura Medicare de las recetas médicas (Parte D)

- ¿Qué es?
- ¿Quién puede inscribirse?
- ¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan?
- Los costos de los planes de la Parte D
- La Ayuda Adicional
- ¿Qué cubren?
- ¿Cómo trabajan los planes?

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

63

La cobertura de Medicare de las recetas médicas le explica:

- ¿Qué es?
- ¿Quién puede inscribirse?
- ¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan?
- Los costos de los planes de la Parte D
- La Ayuda Adicional
- ¿Qué cubren?
- ¿Cómo trabajan los planes?

La cobertura Medicare de las recetas médicas

- También conocida como Parte D o PDPs
- Disponible para todos los beneficiarios de Medicare
- Brindada por
 - Los Planes Medicare de Medicamentos Recetados
 - Los Planes Medicare Advantage
 - Otros planes de Medicare
- Deben incluir ciertos medicamentos en cada categoría

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

64

- Todos los beneficiarios de Medicare pueden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, para reducir sus gastos de medicamentos y protegerse contra el aumento de los precios en el futuro.
- Medicare contrata compañías privadas que ofrecen estos planes de medicamentos para que negocien precios con descuento en representación de los beneficiarios.
- Las personas con Medicare también pueden obtener la cobertura de sus recetas médicas de un Plan Medicare Advantage o de otro plan de Medicare si están inscritos en alguno de ellos. (Algunos planes ofrecidos por su empleador o sindicato pueden cubrir las recetas médicas de las personas que tienen Medicare.)
- El listado de medicamentos (el formulario) para cada plan debe incluir ciertos medicamentos en cada categoría de recetas. Esto asegura que los individuos con diferentes condiciones médicas podrán conseguir el tratamiento que necesiten. Todos los planes de Medicare de medicamentos recetados generalmente deben cubrir por lo menos dos medicamentos en cada categoría, pero los planes pueden elegir qué medicamentos específicos estarán cubiertos en cada categoría.

La inscripción en la Parte D

- Usted debe tener la Parte A y/o la Parte B de Medicare
- Debe vivir en el área de servicio del plan
- Usted no puede vivir fuera de los Estados Unidos
- No puede estar en prisión
- Usted debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados
 - En la mayoría de los casos la inscripción no es automática
 - Usted deberá llenar una solicitud

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

65

- Toda persona que tenga la Parte A (Seguro de hospital) y/o la Parte B (Seguro médico) puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Para poder inscribirse, usted tiene que vivir en el área de servicio del plan.
- Los individuos que viven fuera de los Estados Unidos o que están en prisión no pueden inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.
- En la mayoría de los casos, usted debe inscribirse en un plan de medicamentos para obtener la cobertura de sus recetas médicas, o sea que debe llenar una solicitud e inscribirse en un plan. Sin embargo, si los beneficiarios que son elegibles para obtener la Ayuda Adicional no escogen un plan, CMS los inscribirá en uno.

¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan Medicare de medicamentos recetados?	
Período Inicial de Elección (IEP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un período de 7 meses ▪ Comienza 3 meses antes del mes en que es elegible
Período Anual de Elección	Del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre cada año Estas fechas son nuevas 
Período Anual de Cancelación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre el 1 de enero y el 14 de febrero, usted puede cancelar un plan de MA y cambiarse al Medicare Original. Si usted hace este cambio, también puede inscribirse en un plan de la Parte D para añadir la cobertura de los medicamentos recetados. La misma comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su formulario de inscripción.

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

66

- Las personas pueden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando son elegibles por primera vez para Medicare, por ejemplo, durante el Período Inicial de Elección, que comienza 3 meses antes del mes en que es elegible para las Partes A y B de Medicare. Una vez que se haya inscrito en un plan de medicamentos debe permanecer en el plan por el resto del año.
- Los beneficiarios también pueden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados durante el Período Anual de Inscripción, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Usted también puede **cambiar** de plan Medicare de medicamentos recetados durante este período.
- Existe un período anual de cancelación que empezó en el 2011. Entre el 1 de enero y el 14 de febrero, usted puede cancelar un plan de MA y cambiarse al Medicare Original. Si hace este cambio, también podrá inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para agregar la cobertura de sus recetas médicas. La cobertura comenzará el primer día del mes en que el plan reciba el formulario de inscripción.

AVISO: Vea el Apéndice B para ayuda acerca del período de cancelación de Medicare Advantage.



Vea la Sección 3204 acerca de la ley de Atención Médica Asequible.

¿Cuándo puede inscribirse o cambiar de plan Medicare de medicamentos recetados? (continuación)

Período Especial de Inscripción (SEP)

- Ejemplos de un SEP incluyen
- Si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan
- Si pierde su cobertura válida de medicamentos
- Si no le explicaron correctamente que su otra cobertura no era válida/fue reducida y ya no se la considera válida
- Ingresó, vive o deja una dependencia de cuidado a largo plazo
- Si es elegible para la Ayuda Adicional, usted tendrá un SEP continuamente
- O circunstancias especiales

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

67

- En ciertas situaciones se le puede otorgar un Período Especial de Inscripción, por ejemplo:
 - Si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan
 - Si pierde su cobertura válida de medicamentos
 - Si no le explicaron correctamente que su otra cobertura no era válida o que la misma fue reducida y ya no se la considera válida
 - Cuando ingresa, vive o deja una dependencia de cuidado a largo plazo, como un asilo para ancianos
 - Si es elegible para recibir la Ayuda Adicional, tendrá un SEP continuo y podrá cambiar de plan de medicamentos recetados en cualquier momento
 - O, en circunstancias especiales, por ejemplo, si ya no cumple los requisitos para la Ayuda Adicional

Cobertura Medicare de las recetas médicas

- Debe cubrir todos los medicamentos en seis clases diferentes
 - Antisicóticos
 - Antidepresivos
 - Anticonvulsivos
 - Inmunosupresores
 - Medicamentos para el cáncer
 - Medicamentos para el VIH/SIDA

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

68

- Los planes deben cubrir todos los medicamentos en seis diferentes clases: antisicóticos, antidepresivos, anticonvulsivos, inmunosupresores, cáncer, y VIH/SIDA.

Costos de los medicamentos recetados

- Los costos varían con cada plan
- En el 2012 La mayoría de los beneficiarios pagarán
 - Una prima mensual
 - El deducible
 - Los copagos o coseguro
 - Muy poco después de gastar \$4,700 de su bolsillo

Nuevo
en el
2011

12/12/11

- Los precios varían según el plan. La mayoría de los beneficiarios paga una prima mensual. Usted también tendrá que pagar su parte del costo del medicamento y el deducible, copagos y/o co-seguro. Todos los planes Medicare de medicamentos recetados deben brindar por lo menos el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Sin embargo, algunos planes pueden ofrecer más cobertura y medicamentos adicionales por una prima más cara. En cada plan, una vez que ha pagado \$4,570 de su bolsillo para medicamentos recetados en el 2012, pagará 5% (o un pequeño copago) por cada receta médica por el resto del año.
- Las personas que tienen ingresos y recursos limitados, podrían obtener Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus medicamentos.

AVISO: Vea el Apéndice C para una gráfica de cobertura estándar y copagos para subsidios por ingresos bajos.

Interrupción en la cobertura de la Parte D

Nuevo
en el
2011

- Si usted alcanza la interrupción de cobertura en el 2012
 - Obtiene un 50% de descuento en los medicamentos de marca
 - Obtiene un 14% de descuento en los medicamentos genéricos
 - El precio total cuenta para la cobertura catastrófica
 - Las tarifas por dispensar las recetas no se descuentan
- Ahorros adicionales cada año, durante la interrupción en la cobertura
- La interrupción terminará en el 2020

12/12/11

- La mayoría de los planes de medicamentos recetados de Medicare ofrecen cobertura durante la interrupción de cobertura. Esto significa que cuando usted y su plan han gastado \$320 en los medicamentos cubiertos, usted paga el 25% del costo de sus recetas médicas hasta que el gasto total de medicamentos alcance \$2,930.
- Entonces, usted paga el 100% del costo de sus medicamentos, hasta que el gasto de su bolsillo sea equivalente a \$4,700. A este período se le conoce como interrupción en la cobertura.
- Si usted alcanza la interrupción de cobertura en el 2012, recibirá un 50% de descuento cuando compre medicamentos de marca. También recibirá un 14% de descuento en medicamentos genéricos. Con este descuento, usted sólo pagará el 50% del precio de los medicamentos de marca, pero el precio completo (incluyendo el 50% de descuento que paga la compañía) contará para calificar para cobertura catastrófica.
- Las cuotas por dispensar las recetas no se descuentan.



Vea la Sección 3315 de la Ley de atención médica asequible.



Si desea más información sobre cómo se elimina la interrupción en la cobertura, vea *Información que pueden usar los socios sobre la eliminación de la interrupción en la cobertura*, Producto de CMS No. 11495-P.

Prima de la cobertura Medicare de las recetas médicas

- Cuanto más altos sean sus ingresos, mayor será la prima de la Parte D
- Utiliza los mismos niveles usados para calcular los ajustes relacionados con los ingresos para la prima de la Parte B
 - Según su declaración de impuesto de hace 2 años
- Debe pagar si tiene la cobertura de la Parte D
- En vigencia a partir de enero de 2011

Nuevo
en el
2011

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

71

- Reducción del subsidio para la prima de la Parte D para beneficiarios con ingresos altos - Empezando en enero del 2011, se ajustan las primas para la Parte D (se reduce el subsidio del gobierno de ayuda con la prima) para los beneficiarios con ingresos altos utilizando una escala variable. Los niveles de ingresos y las reducciones del porcentaje correspondiente en las contribuciones del gobierno son las mismas que los ajustes relacionados con los ingresos para la prima de la Parte B. CMS debe proporcionar información anualmente al Seguro Social (SSA) sobre la prima base nacional del beneficiario para la Parte D, para calcular la cantidad del ajuste de la prima así como los datos sobre los niveles utilizados. SSA identificará los beneficiarios que estén sujetos a ajuste de prima basados en la declaración de impuestos presentada al IRS y deducirá este ajuste de los pagos del Seguro Social que recibe el beneficiario (por lo tanto, el monto de la prima de la Parte D no cambiarán porque el ajuste se deducirá del beneficio de SSA).
- Si usted no recibe dinero suficiente del Seguro Social, CMS o RRB le enviará una factura para pagar la cantidad cada mes. Por lo tanto, algunas personas pagarán la prima mensual a su plan y pagarán a CMS o RRB mensualmente por su cantidad de IRMAA. (La cantidad IRMAA de la Parte D se paga directamente al gobierno y no al plan.)
- Los beneficiarios sujetos al pago del IRMAA de la Parte D deben pagar la cantidad adicional además de su prima mensual del plan. Esto incluye a los individuos que tienen la cobertura de la Parte D a través de un empleador (pero no a través de RDS u otra cobertura válida.)



Vea la Sección 3308 de la Ley de atención médica asequible.

 Ajuste de la prima de la Parte D relacionado con ingresos		
Si sus ingresos anuales en el 2009 fueron		En el 2011 usted paga
Declaración individual	Declaración conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	Prima Básica (BP)
\$85,000.01 – \$107,000	\$170,000.01 – \$214,000	BP + \$11.60
\$107,000.01 – \$160,000	\$214,000.01 – \$320,000	BP + \$29.90
\$160,000.01 – \$214,000	\$320,000.01 – \$428,000	BP + \$48.10
\$214,000.01 o más	\$428,000.01 o más	BP + \$66.40

12/12/11

- IRMAA es la sigla para Ajuste Mensual de acuerdo al Ingreso.
- Si sus ingresos anuales en el 2010 fueron 85K o menos para un individuo o \$170K o menos para una pareja, usted paga la tarifa básica.
- Paga una cantidad mayor, basada en sus ingresos anuales, si sus ingresos en el 2010 fueron más de 85K para un individuo o \$170K para una pareja. La cantidad del IRMAA es ajustada cada año, ya que es calculada a partir de la prima básica anual del beneficiario.



Para información acerca de cómo se determina la prima de la Parte B basada en ingresos, vea SSA Pub. 10161 visitando <http://www.socialsecurity.gov/pubs/10536.pdf>.



Vea la Sección 3308 de la Ley de atención médica asequible.

Multa por inscripción tardía en la Parte D

- Primas más altas para algunas personas que esperan para inscribirse
 - Después de ser elegible sin cobertura válida de recetas médicas
 - 1% más de la prima básica del beneficiario
 - Por cada mes en que fue elegible pero no se inscribió
 - Por todo el tiempo en que tenga la cobertura de sus recetas médicas
 - No se paga multa con cobertura válida de medicamentos
 - Cobertura al menos tan buena como le de recetas médicas de Medicare

12/12/11

- Si usted decide no inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare cuando sea elegible por primera vez, tal vez tenga que pagar una prima mensual más alta (multa) si decide inscribirse más tarde.
- Esta multa se agrega al monto de su prima. Se calcula multiplicando el 1% de la prima básica nacional por el número de meses en que fue elegible y decidió no inscribirse en un plan, y no tenía otra cobertura válida de medicamentos. El cálculo de la multa no se basa en la prima que cobra el plan en el que el beneficiario desea inscribirse. La prima básica del beneficiario \$31.08 en el 2012) es un monto nacional y puede cambiar cada año. (Nota: En la práctica, las primas varían significativamente de un plan de la Parte D a otro, y rara vez son equivalentes a la prima promedio nacional. La prima promedio refleja las primas de cada plan específico y el número real de personas inscritas en cada plan.) La prima básica del beneficiario es diferente de la prima media del beneficiario. La prima media del beneficiario refleja las primas específicas según los planes y el número actual de personas que están inscritas en cada plan.)
- Las personas que tienen otra cobertura de medicamentos – por ejemplo a través de su ex-empleador- pueden escoger quedarse en dicho plan y no inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Si usted tiene otra cobertura que es **al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare**, conocida como “cobertura válida” de medicamentos, no tendrá que pagar la multa si más tarde decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Su otro plan le notificará si su cobertura es por lo menos tan buena como la de Medicare. Dicho aviso le explicará sus opciones. Si desea más información, comuníquese con el administrador de beneficios del plan.
- Algunos ejemplos de cobertura válida de medicamentos son:
 - Planes Médicos Grupales (GHP)
 - Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)
 - Cobertura de VA, cobertura militar incluida TRICARE
- Si usted no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía, usted puede pedirle a Medicare que reconsidere su decisión. Tendrá que llenar un formulario de reconsideración (que se lo enviará su plan de medicamentos), y tendrá la oportunidad de presentar documentos para sustentar su caso, por ejemplo sobre su cobertura previa de medicamentos recetados. Si necesita ayuda, llame a su plan de recetas médicas de Medicare.

Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos

- Ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados
- El Seguro Social o el estado deciden
- Algunas personas son elegibles automáticamente
 - Las personas con Medicare y Medicaid
 - Los que reciben solamente la Seguridad de Ingreso
 - Los que participan en los Programas de Ahorros de Medicare
- Todos los demás beneficiarios deben solicitarla

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

74

- Los beneficiarios de Medicare con ingresos y recursos limitados pueden obtener la Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de sus medicamentos. Para obtener la Ayuda Adicional, usted debe inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.
- Usted puede solicitarla en la oficina del Seguro Social o en su oficina estatal de Medicaid. Cuando la solicite, le pedirán información sobre sus ingresos y recursos, y tendrá que firmar una declaración indicando que sus respuestas son veraces. El Seguro Social cotejará dicha información con los datos computarizados del Servicio de Rentas Internas y otras fuentes. Si fuera necesario, se comunicarán con usted para pedirle más información.
- Una vez que hayan procesado su solicitud, le enviarán una carta en la que le informan si es elegible para recibir la Ayuda Adicional.
- Ciertos grupos de beneficiarios son elegibles automáticamente para la Ayuda Adicional y no tienen que solicitarla. Estos grupos incluyen:
 - A los beneficiarios que tienen Medicare y la cobertura completa de Medicaid (incluida la cobertura de medicamentos)
 - Los beneficiarios que tienen Medicare y solamente reciben los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 - La gente que recibe ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare (Programas de Ahorros de Medicare)
- El resto de los beneficiarios de Medicare deben solicitarla.

Límites de ingresos y recursos

■ Ingresos

– Por debajo del 150% del nivel federal de pobreza

*Cantidades
para el
2011*

- \$1,361.25 mensuales para un individuo* o
- \$1,838.75 mensuales para una matrimonio*
- Basado en el número de integrantes de la familia

■ Recursos

*Cantidades
para el
2011*

- Hasta \$12,640 (individuo)
- Hasta \$25,260 (matrimonio)
- Los recursos incluyen dinero en una cuenta bancaria, cuenta de ahorros, acciones, y bonos.
- Los recursos no incluyen su vivienda, vehículo, lote de cementerio, o gastos de entierro hasta el límite de su estado, muebles, enseres, anillos de matrimonio o joyas de familia.

* Las cantidades son más altas para Alaska y Hawaii

12/12/11

- La Ayuda Adicional está disponible para los beneficiarios de Medicare con ingresos por debajo del 150% del nivel federal de pobreza y recursos limitados.
 - Medicare cuenta su ingreso y el de su cónyuge (si vive con usted), independientemente de que el cónyuge esté o no solicitando la ayuda adicional. Los ingresos se comparan al nivel federal de pobreza para una sola persona o una pareja, según corresponda. Esta evaluación tiene en cuenta si usted y/o su cónyuge tienen dependientes que viven con usted y por los que paga al menos la mitad de la manutención. Un abuelo que mantiene a sus nietos podría recibir la ayuda adicional, sin embargo, la misma persona podría no ser elegible si la solicitara como un individuo que vive solo.
 - Los recursos que se tienen en cuenta son los suyos y los de su cónyuge (si vive con usted).
 - Los recursos incluyen dinero en una cuenta bancaria o cuenta de ahorros, acciones, y bonos. Los recursos no incluyen su vivienda, vehículo, lote de cementerio, gastos de entierro hasta el límite de su estado, muebles, u otros enseres, anillos de matrimonio o joyas de familia.
- NOTA:** Esta ayuda adicional no está disponible para las personas que viven en los Territorios de los Estados Unidos. Los Territorios tienen sus propios reglamentos para brindarle a sus residentes ayuda para pagar los costos de la cobertura de sus recetas médicas.

Cómo solicitar la Ayuda Adicional

- Hay varias maneras de hacerlo
 - Usando un formulario impreso
 - En www.socialsecurity.gov
 - En la Oficina Estatal de Ayuda Médica
 - En una organización local
- Puede solicitarla usted u otra persona en su nombre

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

76

- La elegibilidad para la Ayuda Adicional puede determinarla el Seguro Social o la oficina estatal de Medicaid.
- Usted puede solicitarla:
 - Llenando una solicitud impresa que puede obtener llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778)
 - En el sitio Web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov
 - En la Oficina Estatal de Ayuda Médica
 - Con la ayuda de organizaciones locales, tales como el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP).
- Puede solicitarla usted mismo, su representante (con un poder legal) para actuar en su nombre, con poder notarial, o puede pedirle a alguien más que le ayude a solicitarla.



En la Sección 113 de MIPPA, se instruye al Seguro Social a transmitir la información de su formulario de LIS, con su consentimiento, a la agencia de Medicaid para dar inicio a una solicitud para los beneficios de los Programas de Ahorros de Medicare (MSP). se instruye a los estados a considerar dicha información como una solicitud para los beneficios de los MSP, como si el beneficiario hubiese enviado la solicitud directamente.

Acceso a los medicamentos cubiertos

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

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

77

- La cobertura y las normas varían según el plan, lo cual puede afectar la cantidad que paga el beneficiario.
- Algunos métodos (normas) que usa el plan para administrar el acceso de los beneficiarios a la cobertura de los medicamentos incluyen:
 - Formularios (lista de medicamentos cubiertos)
 - Autorización previa (el médico se comunica con el plan para explicar por qué el medicamento es necesario)
 - Terapia en etapas/pasos (un tipo de autorización previa)
 - Límites en la cantidad (limita la cantidad en un período de tiempo)

Formulario

- Una lista de los medicamentos cubiertos por el plan
- Podría tener “niveles” o categorías con precios diferentes

Ejemplo de los Niveles (Los planes puede formar sus niveles de maneras diferentes)

Nivel	Usted paga	Medicamentos recetados cubiertos
1	El copago más bajo	La mayoría de los genéricos
2	Un copago mediano	Medicamento de marca preferidos
3	Un copago más alto	Medicamentos de marca no preferidos
Especialidad	El copago o coseguro más alto de todos	Únicos, de muy alto precio

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

78

- Cada plan Medicare de medicamentos recetados tiene una lista de los medicamentos que cubre llamada formulario.
 - Los planes cubren tanto los medicamentos genéricos como los de marca.
 - Usted puede ahorrar dinero si compra medicamentos que estén en el formulario y genéricos.
- Cada formulario debe incluir una gama de medicamentos en las categorías y clases recetadas. Para reducir los precios, muchos planes organizan sus medicamentos por “Niveles” o categorías que tienen diferentes precios. Cada plan forma sus niveles de distinta manera.
- El siguiente es un ejemplo de cómo el plan puede organizar sus “Niveles”
 - Nivel 1–Medicamentos genéricos (son los que cuestan menos) – Son iguales a los de marca en cuanto a los ingredientes activos, la dosis, seguridad, potencia, el modo en que deben tomarse, el funcionamiento en su cuerpo, la calidad y para lo que se usan. Son seguros y eficaces, y tienen los mismos riesgos y beneficios que los medicamentos originales de marca. Los medicamentos genéricos son más baratos debido a la competencia del mercado. Estos medicamentos han sido analizados cuidadosamente y deben estar aprobados por la FDA.
 - 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.
 - Especialidad– Estos medicamentos son únicos en su tipo y son caros.

NOTA: En algunos casos, si el medicamento que usted toma está en un “nivel” más alto (o sea es más caro), y su médico piensa que usted necesita dicho medicamento en vez de otro similar que esté en un “nivel” más bajo, puede solicitar una excepción para que el plan le apruebe un copago más bajo.

Autorización previa

- El médico debe comunicarse con el plan para obtener una autorización previa
 - Debe demostrar que ese medicamento en particular es necesario por razones médicas
- Pregúntele al plan sobre los requisitos para una autorización previa
 - Este proceso puede variar en cada plan

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

79

- Los planes pueden tener normas que requieran una autorización previa. La autorización previa significa que antes de que el plan cubra una receta, su médico primero tiene que comunicarse con el plan. Para que el plan pague, el médico tiene que demostrar que usted necesita ese medicamento específico por motivos médicos. Los planes hacen esto para asegurarse de que los medicamentos sean usados de la manera correcta y solamente cuando sean necesarios por razones médicas.
- Los beneficiarios actuales o potenciales o sus representantes pueden pedirle los requisitos de autorización previa al plan para averiguar qué necesitan para obtener un medicamento o para proveerle esta información a su médico. Los requisitos para la autorización previa también se pueden encontrar en la página Web de los patrocinadores de los planes de la Parte D.

Terapia de etapas/pasos

- Un tipo de autorización previa
 - La persona tiene que probar primero un medicamento similar más barato
 - Probado ser eficaz para tratar a la mayoría de las personas
- Su médico puede pedir una excepción si
 - Ha probado un medicamento parecido, más barato y no le resultó o
 - Un medicamento de la terapia en etapas/pasos es necesario por razones médicas

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

80

- La terapia en pasos es un tipo de autorización previa. Con la terapia a pasos, en la mayoría de los casos, las personas tienen que probar un medicamento parecido, más barato cuya eficacia ha sido demostrada para tratar a la mayoría de las personas con una condición médica específica. Por ejemplo, algunos planes requieren que sus miembros prueben primero un medicamento genérico (si está disponible), luego un medicamento de marca más barato que esté en el formulario antes de cubrir el medicamento de marca más caro.
- Sin embargo, si un miembro ya ha probado un medicamento parecido, más barato que no le resultó, o si el médico cree que por motivos médicos es necesario que tome el medicamento de la terapia en pasos (el medicamento que le recetaron originalmente), el beneficiario (con la ayuda del médico) puede comunicarse con el plan para pedirle una excepción (se necesitará una nota explicativa del médico). Si le aprueban su solicitud, el plan cubrirá el medicamento de terapia en etapas recetado originalmente.

Ejemplo de terapia en etapas/pasos	
Paso 1	El Dr. Smith quiere recetar una nueva pastilla para dormir al Sr. Torres para tratar su insomnio ocasional. Hay más de un tipo de pastilla para dormir disponible. Algunos de los medicamentos que el Dr. Smith considera recetar son medicamentos de marca únicamente. El plan requiere que el Sr. Torres pruebe primero el medicamento genérico zolpidem. Para la mayoría de la gente, zolpidem funciona tan bien como los medicamentos de marca.
Paso 2	Si el Sr. Torres toma zolpidem pero tiene efectos adversos, el Dr. Smith puede utilizar esa información para que el plan apruebe un medicamento de marca. Si el plan lo aprueba, cubrirá el medicamento de marca para el Sr. Torres.
<p>04/28/2011 Entienda cómo funciona Medicare 81</p>	

▪ Ejemplo de terapia en etapas/pasos:

- Paso 1—El Dr. Smith quiere recetar una nueva pastilla para dormir al Sr. Torres para tratar su insomnio ocasional. Hay más de un tipo de pastilla para dormir disponible. Algunos de los medicamentos que el Dr. Smith considera recetar son medicamentos de marca únicamente. El plan requiere que el Sr. Torres pruebe primero el medicamento genérico zolpidem. Para la mayoría de la gente, zolpidem funciona tan bien como los medicamentos de marca.
- Paso 2—Si el Sr. Torres toma zolpidem pero tiene efectos adversos, el Dr. Smith puede utilizar esa información para que el plan apruebe un medicamento de marca. Si el plan lo aprueba, cubrirá el medicamento de marca para el Sr. Torres.

Límites en la cantidad

- Los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren en un tiempo determinado
 - Durante cierto período de tiempo
 - Por razones de seguridad y/o costo
- Tal vez el médico deba solicitar una excepción
 - Si la cantidad adicional es necesaria por motivos médicos

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

82

- Por razones de seguridad y costo, los planes quizás limiten la cantidad de medicamentos que cubren a lo largo de cierto período de tiempo.
- Si usted necesita más cantidad, entonces su médico tendrá que comunicarse con el plan para pedirle una excepción si cree que la cantidad adicional es necesaria por razones médicas. Si se lo aprueban, la cantidad recetada por su médico será cubierta.

Los medicamentos que la Parte D no cubre por ley

- Medicamentos para la anorexia, la pérdida o aumento de peso
- Barbitúricos y benzodiazepinas *
- Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usen para tratar un problema sexual o de disfunción eréctil
- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos para propósitos cosméticos o estilo de vida (por ejemplo para el crecimiento del cabello)
- Medicamentos para la tos o resfrío
- Vitaminas o minerales (excepto las vitaminas prenatales o la preparación de fluoruro)
- Los medicamentos de venta libre

* Se cubrirán en el 2013

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

83

- Medicamentos excluidos por ley de la cobertura de Medicare
 - Medicamentos para la anorexia, la pérdida o aumento de peso
 - Barbitúricos y benzodiazepinas
 - Medicamentos para la disfunción eréctil cuando se usen para tratar un problema sexual o de disfunción eréctil, a menos que los mismos se usen para tratar un problema médico, que no sea un problema sexual o de disfunción eréctil y que el medicamento haya sido aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos, para tratar dicho problema.
 - Medicamentos para la fertilidad
 - Medicamentos para propósitos cosméticos o estilo de vida (por ejemplo para el crecimiento del cabello)
 - Medicamentos para la tos o resfrío
 - Vitaminas recetadas o minerales (excepto las vitaminas prenatales o la preparación de fluoruro)
 - Los medicamentos de venta libre

NOTA: Las benzodiazepinas y barbitúricos se cubrirán en el 2013.

Los medicamentos que la Parte D no cubre

- Medicamentos cubiertos por las Partes A o B de Medicare
 - A menos que no cumpla los requisitos para la cobertura de las Partes A o B
- El plan puede cubrir los medicamentos que han sido excluidos
 - A su propio costo o
 - Compartiendo el costo con los beneficiarios

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

84

- La Parte D sólo puede cubrir los medicamentos cubiertos por las Partes A o B de Medicare si la persona no satisface los requisitos de cobertura de la Parte A o Parte B.
 - Los medicamentos cubiertos por la Parte B incluyen los medicamentos inmunosupresores después de un trasplante de órgano, algunos medicamentos orales para el cáncer, factores de coagulación para la hemofilia y medicamentos que no sean de auto-administración.
- Los planes pueden cubrir los medicamentos que han sido excluidos a su propio costo o compartiendo el costo con los beneficiarios.

Ejercicio

A. Los límites en la cantidad de medicamentos se aplican de forma vitalicia.

1. Falso
2. Cierto

0%

0%

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

1

2

85

A. Respuesta: 1. Falso.

Por razones de seguridad y costo, los planes quizás limiten la cantidad de medicamentos que cubren a lo largo de cierto período de tiempo. Sin embargo, no existe un límite vitalicio.

Ejercicio

B. Medicare determina quién califica para Ayuda Adicional.

1. Cierto
2. Falso



04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

1

2

86

B. Respuesta: 2. Falso.

El Seguro Social o la situación de la persona determinan si una persona califica o no para Ayuda Adicional.

Lección 3 – Derechos y proceso de apelaciones

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

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

87

Derecho y el proceso de apelaciones le brinda las generalidades sobre sus derechos con Medicare y los procesos para apelar ciertas decisiones.

- Parte A y B (Medicare Original) proceso de apelaciones
- Parte C (Medicare Advantage) proceso de apelaciones
- Parte D (Cobertura de medicamentos recetados de Medicare) proceso de apelaciones

Derechos garantizados si tiene Medicare

- Usted tiene derechos garantizados si está inscrito en:
 - Medicare Original
 - Medicare Advantage y otros planes de la salud
 - Planes de medicamentos recetados de Medicare

- Usted tiene ciertos derechos garantizados en el programa Medicare si está inscrito en el Medicare Original, un plan Medicare Advantage u otros planes de la salud, y los planes Medicare de medicamentos recetados.

Sus derechos si tiene Medicare

- Lo protegen cuando obtiene los servicios médicos
- Le garantizan los servicios cubiertos por Medicare, necesarios por razones médicas
- Lo protegen contra las prácticas poco éticas
- Protegen su privacidad

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

89

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

Usted tiene derecho a

- Ser tratado con dignidad y respeto
- Ser protegido contra la discriminación
- Obtener información que pueda entender
- Obtener servicios culturalmente competentes
- Obtener cuidado de emergencia dónde y cuándo lo necesite
- Obtener cuidados necesitados urgentemente
- Obtener respuestas a sus preguntas referentes a Medicare

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

90

- Usted tiene derecho a
 - Ser tratado con dignidad y respeto en todo momento
 - Estar protegido contra la discriminación
 - Obtener información de Medicare que pueda entender para tomar decisiones acerca del cuidado de la salud
 - Esto incluye información acerca de lo que está cubierto, qué paga el plan, cuánto tiene que pagar usted, y cómo presentar una queja
 - Obtener servicios culturalmente competentes en un lenguaje que usted pueda entender y de forma culturalmente sensible
 - Obtener cuidado de emergencia dónde y cuándo lo necesite
 - El cuidado urgente es la atención médica que obtiene en caso de una enfermedad o accidente repentino que necesita cuidado inmediato, pero que no es un riesgo grave para su salud.
 - Obtenga respuestas a sus preguntas sobre Medicare



Puede llamar al 1-800-MEDICARE o comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico. Encontrará los números de teléfono en www.medicare.gov y en el manual *Medicare y Usted*,



Producto de CMS No. 10050.

Usted tiene derecho a

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

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

91

- Usted también tiene derecho a
- Estar informado acerca de sus opciones de tratamiento en un lenguaje claro fácil de comprender
 - Los planes de la salud de Medicare no pueden impedir que su doctor le diga lo que necesita saber acerca de sus opciones de tratamiento
- Presentar una queja acerca de pago, servicios, u otros problemas, incluyendo la calidad del cuidado de su salud
- Apelar decisiones acerca de cobertura y/o pagos
- Asegurarse que la información que Medicare consigue acerca de usted se mantenga privada
- Conocer sus derechos de privacidad

Derecho a presentar una queja o apelar

- Queja
 - Por la calidad de los servicios
 - Por el cuidado recibido
- Apelación de una decisión de cobertura o pago
- Para obtener información comuníquese con
 - Su plan
 - Su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

92

- Usted tiene derecho a presentar una queja sobre sus inquietudes o problemas relacionados con los servicios o la calidad de la atención.
- Una apelación es la acción que debe tomar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago (o sea, Medicare debería haber pagado pero no pagó, o no pagó lo suficiente; un plan médico de Medicare denegó un servicio que se necesitaba; o un plan de la Parte D no cubrió un medicamento recetado).



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

Apelaciones en el Medicare Original

- Pida información de su proveedor para obtener ayuda con su caso
- El Resumen de Medicare explica la apelación
 - Por qué Medicare no pagó
 - Cómo apelar
 - Dónde enviar la apelación
 - Cuánto tiempo tiene para apelar
- Guarde copias de los documentos de apelación

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

93

- Con el Medicare Original , usted puede presentar una apelación si piensa que Medicare debería haber pagado por un artículo o servicios que recibió. Si usted presenta una apelación, pida que su doctor o proveedor le facilite información relacionada con la factura que pudiera ayudar en su caso. Si ha recibido cuidado y no está seguro si Medicare fue facturado por los artículos o servicios que usted recibió, escriba o llame a su doctor, proveedor de cuidado médico, o suplidor y solicite una factura detallada.
- Encontrará instrucciones acerca de cómo apelar en el Resumen de Medicare (MSN) que recibe por correo de la de la compañía que gestiona sus facturas de Medicare. El Resumen también le explicará por qué Medicare no pagó su factura y cómo puede apelar. El Resumen le indicará dónde enviar la apelación y cuánto tiempo tiene para presentar su apelación.
- Guare copias de todo lo que envíe a Medicare como parte de su apelación.

Sus derechos si está inscrito en un plan de salud de Medicare

- Opciones de proveedores de planes de salud
- Acceso a los especialistas del plan (plan de tratamiento)
- Sepa cómo se les paga a sus doctores
- Proceso de apelación justo, eficiente, y oportuno
 - Apelaciones aceleradas en ciertos tipos de cuidado

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

94

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

Sus derechos si está inscrito en un plan de salud de Medicare

- Proceso de quejas
- Información sobre cobertura/pago antes de obtener el servicio
- Privacidad de la información personal sobre su salud
- Atención urgente
- Comuníquese con su plan para más información

04/28/2011

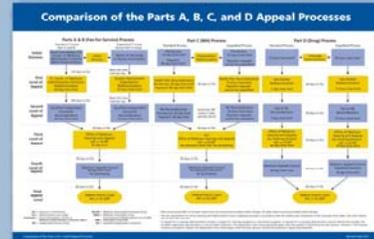
Entienda cómo funciona Medicare

95

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

Procesos de apelación de las Partes A, B, C, y D

- Sus derechos
 - Lo protegen cuando obtiene los servicios
 - Le garantizan los servicios que la ley estipula que usted puede obtener
 - Lo protegen contra prácticas poco éticas
 - Protegen su privacidad
- Vea el gráfico en el Apéndice D



04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

96

- Independientemente del modo en que reciba los beneficios de Medicare, usted tiene ciertos derechos diseñados para:
 - Protegerlo cuando recibe atención médica
 - Asegurarse de que usted reciba los servicios médicos que la ley indica que puede recibir
 - Protegerlo contra las prácticas poco éticas
 - Proteger su privacidad
- Este gráfico le muestra los procesos de apelación de las Partes A, B, C y D de Medicare.
- El gráfico está disponible en el cuaderno de trabajo correspondiente.



Para obtener más información sobre las apelaciones, visite www.medicare.gov y consulte la publicación *Sus Derechos y Protecciones en Medicare*, Publicación de CMS No. 10112.

El Módulo 2 le explica en detalle los derechos y protecciones que le ofrece el programa Medicare.

NOTA: Una copia en tamaño original del gráfico está disponible en el cuaderno de trabajo correspondiente. Vea el Apéndice D.

Sus derechos si está inscrito en un plan de salud de Medicare

- Proceso quejas
- Información sobre cobertura/pago antes de obtener el servicio
- Privacidad de la información personal sobre su salud

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

97

- Si usted tiene un plan de salud de Medicare, además de los derechos y protecciones detallados previamente, tiene derecho a:
 - Presentar una queja sobre las inquietudes o problemas con su plan, por ejemplo, si piensa que los horarios de servicio de su plan deberían ser diferentes, o que no tienen suficientes especialistas para atender a sus necesidades. Lea los materiales que le entrega el plan o llámelos para averiguar cómo presentar una queja.
 - Obtener una decisión de cobertura o información de su plan antes de obtener los servicios, así como información sobre los servicios que están cubiertos o las normas de cobertura. También puede llamar a su plan si tiene preguntas acerca de sus derechos y protecciones acerca del cuidado en el hogar. Su plan debe informarle si usted les pregunta.
 - La confidencialidad de su información médica personal. Para más información acerca de su derecho de privacidad, lea los folletos informativos de su plan, o llame a su plan.
- Para más información acerca de sus derechos y protecciones, lea los documentos del plan o llámelos.

Lección 4 - Programas para las personas con ingresos y recursos limitados

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

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

98

- Lección 4 *Programas para las personas con ingresos y recursos limitados* le explica acerca de:
 - Medicaid
 - Los Programas de Ahorros de Medicare
 - La ayuda para los beneficiarios que viven en los Territorios estadounidenses

NOTA: La información acerca de Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados de Medicare se encuentra en las diapositivas 74-76.

Medicaid

- Un programa federal y estatal de seguro médico
 - Para las personas con ingresos y recursos limitados
 - Ciertas personas con discapacidades
- La mayoría de sus gastos de salud serán cubiertos por Medicare/Medicaid
 - Denominado “doblemente elegibles”
- La elegibilidad la determina el estado
- Los procesos de solicitud y los beneficios varían
- El nombre de cada oficina varía

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

99

- Medicaid es un programa que ayuda a pagar los gastos médicos de las personas con ingresos y recursos limitados. Medicaid está financiado en forma conjunta por los gobiernos estatales y federal y administrado por cada estado. Puede ofrecer cobertura para los niños; ancianos, ciegos, discapacitados; y algún otro grupo dependiendo del estado. Si usted es elegible para Medicare y Medicaid, la mayoría de sus gastos médicos estarán cubiertos. Estas personas se denominan a menudo “doblemente elegibles.” Las personas elegibles para ambos programas reciben la cobertura de sus recetas médicas de Medicare en vez de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid pueden obtener la cobertura de ciertos servicios que Medicare no cubre en su totalidad, por ejemplo el cuidado en un centro de enfermería especializada o la atención domiciliaria.
- La elegibilidad para Medicaid la determina cada estado, y el proceso de solicitud y los beneficios varían de estado en estado. Para averiguar si es elegible, usted debe ponerse en contacto con la Oficina Estatal de Ayuda Médica. Por ejemplo, una persona de *Name of State*, debe solicitar Medicaid en *Name of Agency*.
[Instructor: Ingrese la información de Medicaid específica para su estado.]

Programas de Ahorros de Medicare

- Ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare
 - Para las personas con ingresos y recursos limitados
 - Los programas incluyen
 - Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)
 - Beneficiario de Bajos Ingresos (SLMB)
 - Individuo Calificado (QI)
 - Individuo Calificado discapacitado y trabajando (QDWI)
- Vea Apéndice E

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

100

- Los estados tienen otros programas que pagan las primas de Medicare y, en algunos casos, podrían pagar los deducibles y el co-seguro de Medicare de las personas con ingresos y recursos limitados. Estos programas por lo general tienen límites de ingresos y recursos más altos que Medicaid. A estos programas colectivamente se les conoce como Programas de Ahorros de Medicare, e incluyen al programa para el Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), el Beneficiario de Bajos Ingresos (SLMB) y el de Individuos Calificados (QI), e Individuo Calificado discapacitado y trabajando (QDWI). Vea Apéndice E para un gráfico con más información detallada acerca de estos programas.
- La elegibilidad para estos programas se determina teniendo en cuenta los niveles de ingresos y recursos. El monto de los ingresos se actualiza cada año según el Nivel Federal de Pobreza.
- Además, algunos estados ofrecen sus propios programas para ayudar a los beneficiarios de Medicare con los gastos médicos del bolsillo, entre los que se incluyen los Programas de Ayuda Farmacéutica.



Según lo estipulado en la Sección 113 de MIPPA, el Seguro Social debe transmitir la información de la solicitud de LIS, con la autorización del solicitante, a la agencia de Medicaid para que se procese la solicitud para los Programas Medicare de Ahorros (MSP). A partir del 1 de enero de 2010, el estado debe considerar dicha información como una solicitud para los beneficios de MSP, tal y como si hubiera sido presentada directamente por el solicitante.



Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para averiguar cuáles son los programas disponibles. Encontrará la información para



comunicarse con su SHIP en www.medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los pasos a seguir

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

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

101

- A continuación le mencionamos los pasos que puede seguir para averiguar si es elegible para recibir ayuda para pagar los gastos médicos de su bolsillo de Medicare.
- Primero, fíjese en las normas sobre los ingresos y recursos (o bienes) para su zona.
- Si piensa que es elegible, junte los documentos personales que le pida la agencia. Usted necesitará:
 - Su tarjeta de Medicare
 - Prueba de identidad
 - Comprobante de domicilio
 - Comprobante de ingreso, incluido el cheque de la pensión o del Seguro Social, etc.
 - Estado de cuenta bancario
 - Títulos de propiedad
 - Póliza de seguro
 - Estados financieros de bonos o acciones
 - Comprobante de las pólizas de funeral o entierro
- Usted puede obtener más información llamando a la Oficina Estatal de Ayuda Médica, su programa SHIP o la Agencia Local para Envejecimiento.
- Por último llene la solicitud y preséntela en la Oficina Estatal de Ayuda Médica.

Programas de los Territorios de los Estados Unidos

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

04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

102

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

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

Ejercicio

A. Los Programas de Ahorros de Medicare, por lo general tienen límites de ingresos y recursos más altos que Medicaid.

1. Cierto
2. Falso



04/28/2011

Entienda cómo funciona Medicare

1

2

103

A. Respuesta: 1. Verdadero.

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

Introducción a la guía de recursos de Medicare		
Recursos		Productos de Medicare
<p>Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) www.medicare.gov www.CMS.gov</p> <p>Seguro Social 1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778 http://www.socialsecurity.gov/</p> <p>Junta de retiro ferroviario 1-877-772-5772 http://www.rrb.gov/</p>	<p>Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIPs)*</p> <p>*Para números de teléfono llame a CMS 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 1-877-486-2048 for usuarios TTY</p> <p>http://www.medicare.gov/caregivers/ http://www.HealthCare.gov http://www.pcip.gov http://www.Benefits.gov http://www.Insurekidsnow.gov</p> <p>Ley de Atención Médica Asequible www.healthcare.gov/center/authorities/patient_protection_affordable_care_act_as_passed.pdf</p>	<p>Manual Medicare y Usted CMS Producto No. 10050)</p> <p>Sus beneficios en Medicare CMS Producto No. 10116</p> <p>Selección de una póliza de Medigap: Una Guía de seguro médico para las personas con Medicare CMS Producto No. 02110</p> <p>Para acceder a estos productos</p> <p>Vea y ordene copias visitando www.medicare.gov</p> <p>Ordene copias múltiples (sólo para proveedores) visitando productordering.cms.hhs.gov. Deberá inscribir a su organización.</p>
04/28/2011	Entienda cómo funciona Medicare	104

Haga clic para añadir comentarios.

Este módulo fue ofrecido por

 **National Medicare**
TRAINING PROGRAM

Si tiene preguntas sobre estos materiales
de entrenamiento, envíe un correo electrónico a

| NMTP@cms.hhs.gov

Para ver todos los materiales NMTP o para suscribirse
a nuestra listserv (lista de servicios), visite

www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram