

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

 **National Medicare**

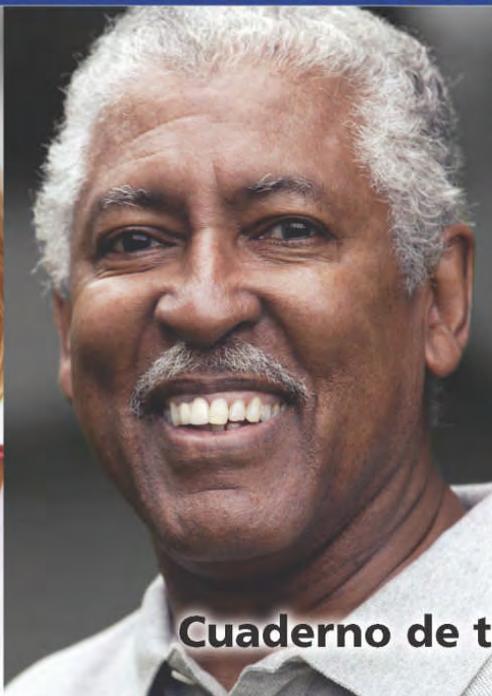
TRAINING PROGRAM

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Medicare "Comencemos" Módulo 0



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



Cuaderno de tareas para el 2011

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Talleres nacionales de entrenamiento para instructores
Hoja informativa para el instructor
Módulo 0: “Comencemos”

Descripción del Módulo

Este módulo está diseñado para ayudar a los beneficiarios a entender mejor al programa Medicare y proporcionarle los recursos que les ayuden a tomar decisiones informadas.

Los materiales – actualizados y listos para usarlos- están diseñados como una fuente de información para los instructores familiarizados con el programa Medicare, que desean tener dicha información lista para sus presentaciones. Cuando corresponda, se incluirán las actualizaciones de la legislación reciente.

Estos son los temas tratados en este Módulo:

Diapositivas	1-6	Un Vistazo a Medicare
Diapositivas	7-15	La Inscripción en Medicare
Diapositivas	16-21	Las Pólizas Medigap
Diapositivas	22-26	Los Planes Medicare Advantage _ Parte C
Diapositivas	27-31	Los Planes Medicare de Medicamentos Recetados _ Parte D
Diapositivas	32-36	Ayuda para las Personas con Ingresos y Recursos Limitados

Objetivos

- Analizar las cuatro partes del programa Medicare
- Colaborar para que los beneficiarios entiendan sobre las decisiones que deben tomar
- Informarles a los beneficiarios dónde pueden obtener más información

Audiencia

El Módulo está diseñado como una presentación para los beneficiarios

Actividades de aprendizaje

El Módulo contiene doce diapositivas que orientan a los beneficiarios para la toma de decisiones importantes sobre el cuidado de su salud.

Tiempo de instrucción

El Módulo consta de 38 diapositivas con las notas correspondientes. Puede ser presentado en aproximadamente 1 hora. El instructor debe asignar 30 minutos más para discusión, preguntas, respuestas y actividades.

Referencias

- El manual Medicare y Usted que se envía a los hogares en el otoño. Incluye los planes de las Partes C y D de su zona. Usted puede consultarlo electrónicamente en www.medicare.gov.
- La línea de ayuda de Medicare atiende las 24 horas los 7 días de la semana. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Medicare

Comencemos

Bienvenido a Medicare

- ▶ Este entrenamiento incluye
 - Información básica sobre Medicare
 - Las decisiones importantes que usted debe tomar
 - Sus opciones de cobertura de salud y medicamentos
 - Cuándo tomar las decisiones
 - Para garantizar la cobertura
 - Para evitar el pago de multas

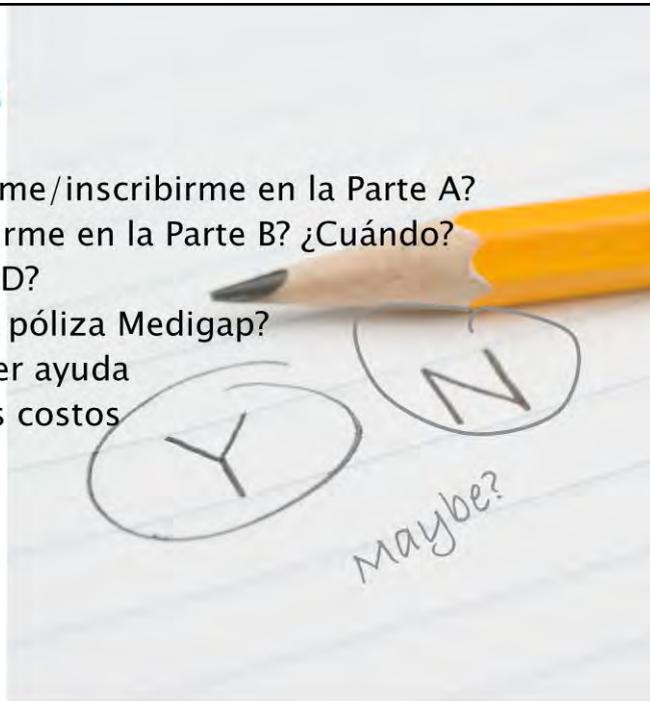
Comencemos 05/05/2011

1

- Bienvenido a Medicare. Usted tiene que tomar algunas decisiones importantes. Este entrenamiento fue diseñado para ayudarle a entender mejor el programa Medicare y brindarle los recursos necesarios para que tome decisiones informadas.
- La decisión que tome influirá sobre la cobertura que obtenga.
- El momento en que las toma también es importante. Hay ciertas decisiones que usted debe tomar en cierto momento para asegurarse de obtener la cobertura y evitar el pago de cualquier multa.
- Usted tienen opciones para escoger la manera en que recibe su cobertura médica y la de sus recetas.

Decisiones

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



Comencemos 05/05/2011

2

- A continuación, hablaremos sobre algunas de las decisiones que debe tomar:
 - ¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte A?
 - ¿Debo inscribirme en la Parte B? ¿Cuándo?
 - ¿Y en la Parte D?
 - ¿Necesito una póliza Medigap?
 - ¿Puedo obtener ayuda para pagar los costos de Medicare?

¿Qué es Medicare?

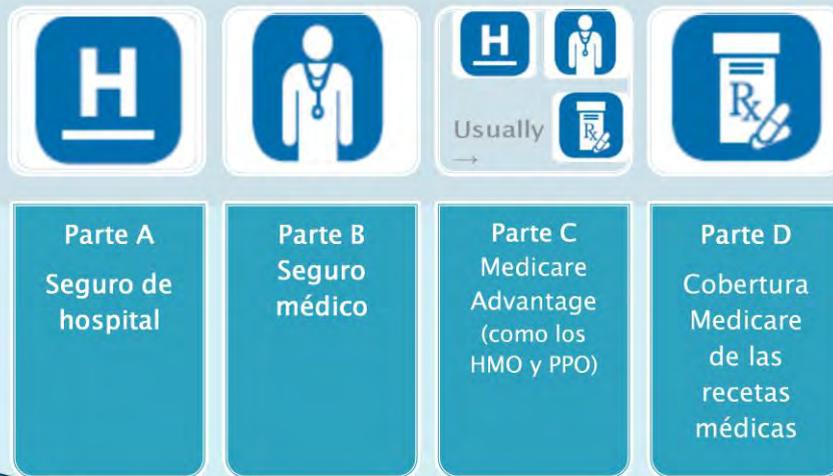
- ▶ Es un seguro médico para tres grupos de personas
 - Las de 65 o mayores
 - Las menores de 65 con ciertas discapacidades
 - Las de cualquier edad que padecen de Enfermedad Renal Terminal(ESRD)
- ▶ Administrado por
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
- ▶ Inscripción
 - Seguro Social
 - Junta Ferroviaria de Retiro, para los jubilados ferroviarios

Comencemos 05/05/2011

3

- El presidente Lyndon Johnson promulgó la Ley de los programas Medicare y Medicaid el 30 de julio de 1965. Medicaid entró en vigencia el 1 de enero de 1966, y Medicare el 1 de julio de 1966. Medicare es el seguro médico más grande de la nación y actualmente brinda cobertura a 44 millones de estadounidenses.
- Medicare es un seguro médico para:
 - Las personas de 65 años o mayores
 - Las menores de 65 años con ciertas discapacidades (que han estado recibiendo los beneficios por discapacidad del Seguro Social por algún tiempo – en la mayoría de los casos 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)

Medicare tiene cuatro partes



Comencemos 05/05/2011

4

- Medicare tiene cuatro partes.
 1. Parte A (Seguro de hospital)
 2. Parte B (Seguro médico)
 3. Parte C (Medicare Advantage) – como los planes HMO y PPO
 4. Parte D (La cobertura de Medicare de las recetas médicas)

El Medicare Original

- ▶ **Parte A – Seguro de hospital**
 - Hospital
 - Centro de enfermería especializada
 - Cuidado de la salud en el hogar
 - Cuidado de hospicio
- ▶ **Parte B – Seguro médico**
 - Consulta médica
 - Servicios ambulatorios del hospital
 - Análisis de laboratorio
 - Servicios preventivos



Comencemos 05/05/2011

5

La Parte A de Medicare (Seguro de hospital) le ayuda a pagar por los servicios siguientes siempre que sean necesarios por motivos médicos:

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).

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) – cuando se cumplan ciertos requisitos.

Cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)- Un médico participante o ciertos proveedores de la salud que trabajan con el médico, deben verlo antes de certificar que usted necesita este tipo de atención. El médico debe ordenar el servicio y una agencia, certificada por Medicare debe brindárselo. Usted debe estar confinado en su hogar, lo cual significa que 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 queden 6 meses o menos de vida. La cobertura incluye los medicamentos para calmar el dolor y controlar los síntomas; los servicios médicos, de enfermería y sociales, otros servicios cubiertos, así como aquellos 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.

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.

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 médico acepta la asignación. El hospital también le cobra un copago por cada servicio que usted recibe como paciente ambulatorio. Por cada servicio, el copago no puede ser más que el monto del deducible de la Parte A que paga por una internación. Usted tiene que pagar el deducible de la Parte B y todos los cargos por artículos o servicios que no cubra Medicare.

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar

Equipo médico duradero

Servicios preventivos -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.

La inscripción en Medicare

- Es automática para aquellos que reciben
 - Los beneficios del Seguro Social o de
 - La Junta Ferroviaria de Retiro
- Paquete para inscribirse durante el período inicial de inscripción
 - Enviado por correo 3 meses antes
 - del vigesimoquinto (25) mes de recibir beneficios por discapacidad
 - de cumplir los 65 años



Comencemos 05/05/2011

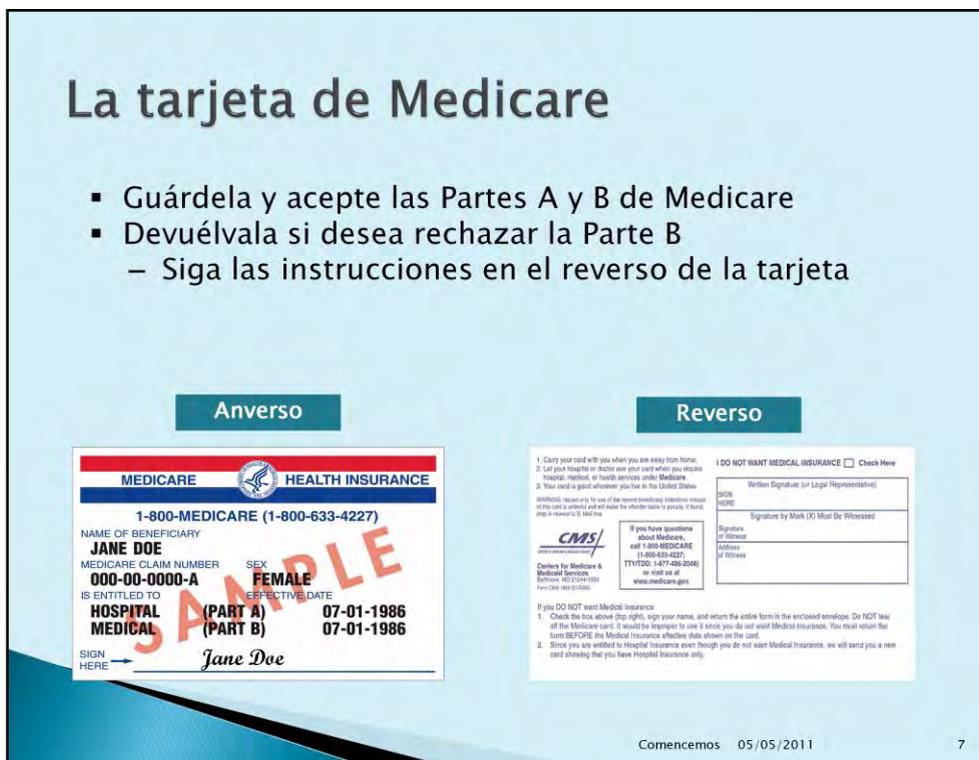
6

- Si usted ya está recibiendo los beneficios del Seguro Social (por ejemplo, una jubilación anticipada), se lo inscribirá automáticamente en Medicare sin que tenga que llenar otra solicitud. Usted recibirá su tarjeta de Medicare y otra información, aproximadamente 3 meses antes de cumplir 65 años (la cobertura comenzará el 1 del mes en que cumple 65 años), o 3 meses antes del mes número 25 de sus beneficios por discapacidad (la cobertura comienza en el mes 25 de sus beneficios por discapacidad).
- 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.

Aviso: Si usted vive en Puerto Rico o en un país extranjero y recibe los beneficios del Seguro Social o de RRB, se lo inscribirá en la Parte A automáticamente. Si desea la Parte B, tiene que adquirirla. Usted no recibirá el paquete de IEP que se muestra en esta diapositiva. Se le enviará un paquete diferente.

La tarjeta de Medicare

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



Comencemos 05/05/2011

7

- Cuando usted está inscrito en el 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 quién pertenece ese número. Por ejemplo, si usted obtiene Medicare basándose en **su propio** archivo del Seguro Social, puede que su tarjeta tenga una letra "A," "T," o "M" dependiendo de si usted recibe los beneficios de Medicare y del Seguro Social o solamente de Medicare. Si usted tiene Medicare por su cónyuge, tal vez tenga una letra B o D. Los jubilados ferroviarios tendrán números y letras delante de su número de Seguro Social. Estas letras y números no tienen nada que ver en cuanto a si usted tiene la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Si usted elige 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.

Cómo inscribirse en Medicare

- ▶ La inscripción es automática
 - Si no recibe los beneficios del Seguro Social o de RRB
 - Por ejemplo, si aún está trabajando
- ▶ Inscripción a través del Seguro Social
 - Visite la oficina local
 - Llame al 1-800-772-1213
 - Por Internet en socialsecurity.gov
- ▶ Si es un jubilado ferroviario, inscríbese en RRB
 - Llame a la oficina local de RRB o al 1-877-772-5772

Comencemos 05/05/2011

8

- 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.

Cuándo inscribirse en Medicare

- ▶ Usted no tiene que estar jubilado
- ▶ Su período inicial de inscripción dura 7 meses
 - Comienza tres meses antes de que cumpla 65 años
 - Incluye el mes de su cumpleaños
 - Termina tres meses después de que cumpla 65 años
- ▶ Hay otros momentos en los que puede inscribirse
 - Pero tal vez tenga que pagar una multa si se inscribe más tarde

Comencemos 05/05/2011

9

- Si no lo inscriben automáticamente, puede inscribirse en la Parte B durante el Período Inicial de Inscripción (IEP).
- Puede hacerlo en cualquier momento del IEP de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que es elegible para Medicare. Usted puede escoger si se inscribe o no en la Parte B. Si lo hace tendrá que pagar una prima mensual.
- 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.
- Inscríbase durante los 3 primeros meses de su IEP para que la cobertura de la Parte B comience el mes en que cumple 65 años. Sin embargo, si su cumpleaños es el primer día del mes, la cobertura comenzará el primer día del mes anterior.
- Si usted espera para inscribirse hasta los 4 últimos meses de su IEP, la cobertura de la Parte B se retrasará.

RECUERDE: Si su cumpleaños es el primer día del mes, la cobertura comenzará el primer día del mes anterior, si usted se inscribe en los 2 primeros meses de su IEP.

Vea el Apéndice A

Página 57 del manual "Medicare y Usted"

Apéndice A

Sus opciones en Medicare

Hay dos opciones para recibir la cobertura de Medicare. Use estos pasos para decidir.

Primer Paso

Decida si desea el Medicare Original o un Plan Medicare Advantage

Plan Medicare Original consta de:
la Parte A (Seguro de hospital) y/o la Parte B (Seguro médico)

- Medicare le brinda esta cobertura directamente
- Usted estooe a sus médicos, hospitales y proveedores que acepten Medicare
- Por lo general, usted o su otro seguro paga los deducibles y el coseguro
- Generalmente paga una prima mensual por la Parte B.

Segundo Paso

Decida si quiere la cobertura de medicamentos recetados (Parte D)

- Si quiere esta cobertura, debe escoger e inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas y pagar la prima mensual.
- Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.

Tercer Paso

Decida si quiere cobertura adicional

- Tal vez le interese obtener un seguro privado que cubra los servicios que el Medicare Original no cubre. Usted puede comprar otro seguro privado, como una póliza Medigap (Seguro suplementario a Medicare)
- Los costos varían de acuerdo a la póliza y a la compañía.
- Los empleadores o sindicatos pueden ofrecer una cobertura similar.

Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) Parte C – incluye AMBAS Partes, la Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico)

- Ofrecida por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.
- Generalmente debe atenderse con médicos, hospitales y proveedores de la red del plan, o podría pagar más o tener que pagar todos los costos.
- Generalmente, usted paga una prima mensual (además de la prima de la Parte B) y un copago por cada servicio cubierto.
- Los costos, beneficios adicionales y normas varían con cada plan.

Segundo Paso

Decida si quiere la cobertura de medicamentos recetados (Parte D)

- Si desea esta cobertura, en la mayoría de los casos debe obtenerla del Plan Medicare Advantage.
- En algunos planes Medicare Advantage que no ofrecen dicha cobertura, usted podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

Aviso: Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, no puede usar su póliza Medigap para pagar los costos del bolsillo del plan MA. Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage no le pueden vender una póliza Medigap.

Además del Medicare Original o de un Plan Medicare Advantage usted podrá inscribirse en otros planes de salud de Medicare.

El instructor debe entregarles a los participantes una copia en tamaño normal de este cuadro del manual "Medicare y Usted". Vea el Apéndice A.

Decisión

¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte A?

Sí

► Tenga en cuenta que:

- Si está recibiendo los beneficios del Seguro Social o de RRB, la obtendrá automáticamente
- Es gratis para la mayoría de las personas
- Puede pagarla si no pagó suficiente impuestos mientras trabajaba
 - Si se inscribe tarde le pueden cobrar una multa
- Si usted o su cónyuge está trabajando y tiene un seguro grupal de su empleador
 - Llame al Seguro Social para inscribirse

Comencemos 05/05/2011

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 2011, la prima mensual que paga por la Parte A es \$248 (para una persona que ha trabajado 30-39 trimestres) ó \$450 (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 multa mensual. 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.

Decisión

¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte B?

- ▶ Tenga en cuenta que:
 - Si está recibiendo los beneficios del Seguro Social o de RRB, la obtendrá automáticamente
 - La mayoría de las personas pagan una prima mensual
 - Generalmente se deduce del beneficio de SS/RRB
 - El monto depende de sus ingresos (vea el Apéndice C)
 - Puede complementar la cobertura de su empleador

Comencemos 05/05/2011

12

- Si tiene un seguro médico a través de su empleador (incluido el Seguro Médico para Empleados Federales) o de un sindicato mientras usted o su cónyuge o familiar si usted está discapacitado, está trabajando sus derechos de inscripción en la Parte B podrían verse afectados.
- Para averiguar cómo trabaja su seguro de empleador con Medicare y si le convendría esperar para inscribirse en la Parte B, hable con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato.
- Si tiene la Parte A y TRICARE (cobertura para militares en actividad o jubilados y sus familias), también tiene que tener la Parte B para poder Si usted tiene la Parte A de Medicare y TRICARE for Life (seguro médico para militares 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 de las Fuerzas Armadas en actividad, o el cónyuge o dependiente de un miembro en actividad: No tiene que estar inscrito en la Parte B para mantener la cobertura de TRICARE mientras que el miembro esté en actividad. Cuando el miembro de las Fuerzas Armadas en actividad se jubila, usted se tiene que inscribir en la Parte B para mantener la cobertura de TRICARE for Life. 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 al plan que tiene TRICARE, para que sus facturas sean pagadas correctamente.
- Los beneficiarios que escogen la Parte B de Medicare generalmente autorizan a que el monto de la prima se deduzca del cheque del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario o de la jubilación que recibe como empleado federal. La cantidad depende de sus ingresos. Vea el Adjunto B.
- Medicare les envía una factura trimestral por el importe de la prima de la Parte B, a los beneficiarios que no reciben estos pagos jubilatorios. La factura puede pagarse con tarjeta de crédito, cheque o giro postal.
- Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, tal vez tenga que pagar una multa por todo el tiempo que tenga Medicare, si más tarde decide inscribirse.
- 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).

Decisión

¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte B?

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

Comencemos 05/05/2011

13

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

Decisión

¿Debo quedarme/inscribirme en la Parte B?

- ▶ Si no tiene un seguro médico de su empleo *activo/actual*
 - Suyo o de su cónyuge **Probablemente**
 - Retrasar la inscripción en la Parte B podría resultarle en:
 - Primas más caras
 - Tenga que pagar los servicios médicos de su bolsillo
- ▶ Si tiene un seguro médico de su empleo *activo/actual*
 - Quizá le convenga retrasar la inscripción en la Parte B
 - No pagará una multa si se inscribe mientras tiene su cobertura grupal o dentro de los 8 meses de perderla

Tal vez no

Comencemos 05/05/2011

14

- Si usted tiene un seguro médico grupal a través de su empleador o sindicato (incluido el Seguro Médico para Empleados Federales) mientras usted, su cónyuge o su familiar si usted está incapacitado está trabajando, su derecho a inscribirse en la Parte B puede verse afectado. Si usted tiene la cobertura de su empleador actual (o el de su cónyuge) se le otorgará un Período Especial de Inscripción. Lo que significa que puede inscribirse en la Parte B en cualquier momento en el que usted, su cónyuge o un familiar si usted está incapacitado, esté trabajando y tenga un plan de salud grupal de su empleador o sindicato. O, durante el período de 8 meses que comienza al mes siguiente que termine su empleo o que termine la cobertura del plan grupal, lo que ocurra primero. Generalmente usted no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía si se inscribe durante un Período Especial de Inscripción. Este período no se aplica a las personas que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD).
- Para averiguar cómo funciona su seguro médico grupal con Medicare y si le conviene esperar para inscribirse en la Parte B, llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato.
- Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, tendrá que esperar hasta el Período General de Inscripción anual que va del 1 de enero al 31 de marzo de cada año y su cobertura comenzará el 1 de julio del dicho año.
- Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, tendrá que pagar una multa equivalente al 10% por cada 12 meses en los que usted podría haberse inscrito en la Parte B y no lo hizo, excepto en casos especiales. Usted tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga la Parte B.

¿Qué es Medigap?

- ▶ Pólizas de seguro vendidas por compañías privadas
- ▶ Para cubrir lo que el Medicare Original no paga
 - Deducibles, coseguro y copagos
- ▶ Las pólizas están estandarizadas en todos los estados excepto en tres
 - Minnesota, Massachusetts, Wisconsin
- ▶ Todos los planes identificados con la misma letra ofrecen la misma cobertura
 - Solamente los precios son diferentes

Comencemos 05/05/2011

15

- Las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) son seguros médicos privados que solamente cubren al titular de la misma, los cónyuges deben adquirir su propia póliza). Las pólizas Medigap son vendidas por compañías privadas para complementar 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.
- 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 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.

Decisión

¿Necesito una póliza Medigap?

Tal vez

▶ Analicemos:

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

Comencemos 05/05/2011

16

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

Decisión

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

Generalmente durante el Período Abierto a Medigap

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

Comencemos 05/05/2011

17

- Generalmente, el mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el Período Abierto a Medigap. Este período empieza cuando usted tiene 65 años o más y está inscrito en la Parte B.
- El período dura seis meses durante el cual se le otorga el derecho garantizado de compra de una póliza Medigap (Seguro suplementario a Medicare). En algunos estados el período puede ser más largo. Una vez que el período comienza, no puede retrasarse ni repetirse.
- Usted puede comprar una póliza Medigap en cualquier momento en que la compañía acepte vendérsela pero podrían tener ciertas restricciones.

Decisión

¿Cuál póliza Medigap debo comprar?

▶ Considere

- La cobertura de cada plan estandarizado
- El costo- asegúrese de comparar
- Sus necesidades médicas

Comencemos 05/05/2011

18

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

NOTA: El Plan N paga el 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.

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 .

Beneficios de Medigap	Planes 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										

▪ Los beneficios básicos están cubiertos por todos los planes de Medigap. Estos incluyen:

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

NOTA: El Plan N paga el 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 cubiertos 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.

NOTA: *El gráfico en tamaño completo está disponible en el cuaderno de trabajo correspondiente. Vea Apéndice B.

Decisión

¿Cómo hago para escoger la póliza Medigap correcta?

- ▶ Por teléfono o computadora
 - Llame al 1 800 MEDICARE
 - Visite medicare.gov y use la herramienta de comparación
 - Llame a su SHIP
 - El proceso
 - Escoja un plan estandarizado, por ejemplo un Plan C
 - Compare los precios de todos los Planes C
 - La cobertura es la misma – los precios pueden variar

Comencemos 05/05/2011

20

- Usted puede buscar una póliza Medigap por teléfono o usando la computadora
 - Llame al 1 800 MEDICARE
 - Visite medicare.gov y use la herramienta de comparación
 - Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)
- El proceso
 - Escoja un plan estandarizado, por ejemplo un Plan C
 - Compare los precios de todos los Planes C. La cobertura es la misma – los precios pueden variar

Parte C – Medicare Advantage

- ▶ Opciones de planes médicos aprobados por 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 doctores u hospitales



- A los planes Medicare Advantage también se les conoce como la Parte C.
 - Son opciones de planes médicos aprobados por Medicare
 - Administrados por compañías privadas
- Medicare paga una cantidad fija por la atención a sus beneficiarios
- Son otra manera de recibir los beneficios del programa Medicare
- Son parte del programa Medicare
- Si se inscribe en uno de estos planes tendrá que atenderse con los médicos y hospitales de la red del plan

¿Cuándo puedo inscribirme en un plan Medicare Advantage?

- ▶ Durante el período inicial de inscripción de 7 meses
- ▶ Durante el período abierto de inscripción en el otoño
 - Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año
 - La cobertura empieza el 1 de enero
- ▶ Tal vez pueda inscribirse en otros momentos especiales
- ▶ Para inscribirse comuníquese con el plan
 - Llame al plan
 - Visite el sitio Web del plan
 - Visite www.medicare.gov para obtener información sobre el plan que le interesa

Comencemos 05/05/2011

22

- 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.

New: Si usted está inscrito en un plan MA, puede cambiarse al Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero. Si durante este tiempo regresa al Medicare Original, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente al mes en que se hizo el cambio.

- Para cambiar de un plan MA y regresar al Medicare Original:
 - Solicíteselo directamente a la empresa de MA
 - Llame al 1-800-MEDICARE
 - Inscribese en un PDP individual
- Si cancela su plan MA y regresa al Medicare Original, también puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para agregar la cobertura de las recetas médicas. La cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su formulario de inscripción.
- Los planes Medicare Advantage están disponibles para la mayoría de los beneficiarios de Medicare. Para inscribirse en un plan MA usted debe que vivir en el área de servicio del plan o en el área de continuación de los servicios. Tiene que tener la Parte A y B de Medicare, no tiene que padecer de Enfermedad Renal Terminal (ESRD). Las personas que padecen de ESRD generalmente no pueden inscribirse en un plan MA o en otro plan de Medicare. Sin embargo, hay algunas excepciones.
- Además, usted debe
 - Estar de acuerdo en brindarle información al plan
 - Seguir las normas del plan
 - Estar inscrito solamente en un plan a la vez

Para averiguar cuáles son los planes MA disponibles en su zona, visite www.medicare.gov y haga clic en [Compare los planes de salud y las pólizas Medigap de su zona](#) y use la herramienta Compare las opciones de Medicare, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Cómo trabajan los planes Medicare Advantage

- ▶ Usted sigue estando en el programa Medicare con todos los derechos y protecciones
- ▶ Sigue recibiendo los servicios de la Parte A y la Parte B
- ▶ El plan puede incluir la cobertura de las recetas médicas
- ▶ Puede incluir beneficios adicionales como dentales y de la vista
- ▶ Los beneficios y costos compartidos pueden variar



- Si usted se inscribe en un plan Medicare Advantage
 - Sigue teniendo los derechos y protecciones de Medicare
 - Sigue recibiendo los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.
 - Podría incluir la cobertura de las recetas médicas de Medicare.
 - Podrían ofrecer beneficios adicionales tales como la cobertura de servicios de la vista, oído, dentales y servicios para la salud y bienestar.
 - Podría pagar un precio distinto y obtener beneficios diferentes

Decisión

¿Me conviene inscribirme en un plan Medicare Advantage?

▶ Tenga en cuenta

- La mayoría de los planes ofrecen una cobertura amplia
 - Que incluye la Parte D
- Tal vez tenga que usar a médicos y hospital de la red
- Debe pagarle al plan una prima mensual
 - Además de la prima de la Parte B
- Tal vez necesite ser referido para ver un especialista
- Solo puede inscribirse o retirarse en ciertos períodos
- No trabajan con las pólizas Medigap
- Para inscribirse debe tener las Partes A y B

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

- La mayoría de los planes ofrece una amplia cobertura
 - Que incluye la Parte D
- Tal vez tenga que usar a los médicos y hospitales de la red del plan
- Debe pagarle al plan una prima mensual
 - Además de la prima de la Parte B
- Tal vez necesite ser referido para ver un especialista
- Solo puede inscribirse o retirarse en ciertos períodos
- No trabajan con las pólizas Medigap
- Para inscribirse debe tener las Partes A y B

¿Cuánto debo pagar?

- ▶ Para información sobre los costos vea el Apéndice C
 - En el Medicare Original (Parte A y Parte B)
 - Asegúrese de que su médico acepte la “asignación”
 - En un plan Medicare Advantage
 - Pregúntele al plan
 - En un plan Medicare de medicamentos recetados
 - Pregúntele al plan
- ▶ Los precios cambian cada año
 - En el manual “Medicare y Usted” encontrará los precios actualizados
 - Se lo envían por correo cada otoño

Comencemos 05/05/2011

25

- Los costos de Medicare varían según el tipo de cobertura que escoja. Las primas de las Partes B y D pueden variar según sus ingresos.
- En el Medicare Original, la asignación significa que su médico o proveedor acepta la cantidad aprobada por Medicare como pago total por el servicio. Si está inscrito en el Medicare Original, puede ahorrar dinero si su médico acepta la “asignación”. Usted tendrá que pagar el costo compartido por la visita médica.
- La información sobre los costos se actualiza anualmente en el manual “Medicare y Usted” Producto de CMS N0. 10050, que se envía por correo a los hogares cada otoño. Vea el Apéndice C.

Parte D – La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados

- ▶ Disponible para todos los beneficiarios
- ▶ Brindada por
 - Los planes Medicare de medicamentos recetados
 - Los planes Medicare Advantage
 - Otros planes de Medicare
- ▶ Deben incluir una gama de medicamentos para cada categoría



- La cobertura de Medicare de las recetas médicas (Parte D)
- La cobertura se brinda a través de los planes Medicare de medicamentos recetados o de otros planes de Medicare.
- Los planes de la Parte D deben incluir una gama de medicamentos para cada categoría.

¿Quién puede inscribirse en la Parte D?

- ▶ Usted debe tener las Partes A y B
- ▶ Debe vivir en el área de servicio del plan
- ▶ No puede vivir fuera de los Estados Unidos
- ▶ No puede estar en prisión
- ▶ Debe inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados
 - En la mayoría de los casos no se lo inscribe automáticamente
 - Usted debe presentar una solicitud

Comencemos 05/05/2011

27

- La Parte D está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Usted puede tener solamente la Parte A, la Parte B o ambas.
- Debe vivir en el área de servicio del plan
- No puede vivir fuera de los Estados Unidos
- No puede estar en prisión
- En la mayoría de los casos debe inscribirse usted mismo llenando una solicitud. A ciertas personas con ingresos y recursos limitados se las inscribirá automáticamente.

La inscripción en un plan de la Parte D

- ▶ Usted puede inscribirse durante los 7 meses del período inicial de inscripción,
- ▶ Durante el período abierto de inscripción en el otoño
 - 15 de octubre al 7 de diciembre
 - La cobertura empieza el 1 de enero
- ▶ Puede inscribirse durante otros períodos especiales
- ▶ Si desea inscribirse comuníquese con su plan
 - Llámelos o
 - Visite el sitio Web

Comencemos 05/05/2011

28

- 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 durante el Período Anual de Inscripción coordinado (conocido también como inscripción abierta) 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.
- Hay ahora 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 regresar 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.
- En ciertas situaciones se le puede otorgar un Período Especial de Inscripción:
 - Si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan
 - Si pierde su cobertura válida de medicamentos (cobertura anterior que le otorga ciertos derechos para solicitar una cobertura nueva).
 - 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 recibir la Ayuda Adicional.

Decisión

¿Debo inscribirme en un plan de la Parte D?

► Considere

- ¿Tiene una cobertura válida de medicamentos?
 - Una cobertura que sea tan buena como la de Medicare
 - Por ejemplo a través de su empleador o sindicato
- ¿Terminará dicha cobertura cuando usted se jubile?
- ¿Cuánto cuestan los medicamentos que usted toma?
- ¿Cuánto cuestan las primas de los planes de la Parte D?
- Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía
 - A a menos que tenga una cobertura válida de medicamentos

Comencemos 05/05/2011

29

- Si no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando es elegible por primera vez y decide hacerlo más tarde, tal vez tenga que pagar una prima más alta (multa por inscripción tardía).
- 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 (\$32.34 en el 2011) 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.)
- 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),
 - La cobertura de VA, cobertura militar incluida TRICARE
- Si usted no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía, puede pedirle a Medicare que reconsidere su decisión. Tendrá que llenar un formulario de reconsideración (que se lo enviará su plan de medicamentos) y podrá presentar documentos para sustentar su caso, por ejemplo sobre su cobertura previa de medicamentos recetados.

Decisión

¿Cómo puedo escoger un plan de la Parte D?

- ▶ Por teléfono o usando la computadora
 - 1-800-MEDICARE
 - Buscador de planes en www.medicare.gov
 - Llame al SHIP para que le ayuden a comparar los planes
- ▶ Para inscribirse en un plan de la Parte D
 - Llene una solicitud impresa
 - Llame al plan
 - Inscríbese en el sitio Web del plan
 - Inscríbese en www.medicare.gov
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Comencemos 05/05/2011

30

- Usted puede obtener ayuda a elegir un plan de la Parte D. Puede llamar al 1-800-MEDICARE, consultar al localizador de planes en www.medicare.gov, o llamar a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP).
- Para averiguar cómo inscribirse, llame a su plan. Estas son algunas de las maneras disponibles para inscribirse:
 - Llene una solicitud impresa
 - Llame al plan
 - Inscríbese en el sitio Web del plan
 - Inscríbese en www.medicare.gov
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

¿Cuál es la ayuda disponible?

- ▶ Medicaid
- ▶ Ayuda Adicional
- ▶ Programas Medicare de Ahorros

Comencemos 05/05/2011

31

- Hay programas disponibles para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los gastos de Medicare. Estos programas incluyen a Medicare, la Ayuda Adicional y los Programas Medicare de Ahorros.

¿Qué es Medicaid?

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

Comencemos 05/05/2011

32

- 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.*]
- Si cree que califica solicítelo:
 - Llamando al 1 800-MEDICARE
 - Llamando a su SHIP
 - Llamando al Seguro Social al 1 800-772-1213
 - Llame o visita a su agencia estatal

¿Qué es la Ayuda Adicional?

- ▶ Ayuda a pagar los gastos de medicamentos
- ▶ El Seguro Social o su estado son los que deciden
- ▶ Algunos grupos son elegibles automáticamente
 - Los beneficiarios que tienen Medicare y Medicaid
 - Solo los que reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 - Los Programas Medicare de Ahorros
- ▶ Usted o alguien en su nombre pueden solicitarla

Comencemos 05/05/2011

33

- 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 Medicare de Ahorros)
- El resto de los beneficiarios de Medicare deben solicitarla.
 - Llene una solicitud impresa
 - En el sitio Web socialsecurity.gov
 - En su organización local
 - Usted o algún en su nombre

¿Qué son los Programas de Ahorros de Medicare?

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

Comencemos 05/05/2011

34

- Los Programas de Ahorros de Medicare brindan ayuda de Medicaid para pagar los gastos de Medicare, como las primas, deducibles y/o coseguro.
- Por lo general tienen límites de ingresos y recursos más altos
- El límite de los ingresos puede cambiar cada año
- Algunos estados ofrecen sus propios programas

Decisión

¿Debería presentar una solicitud para uno de estos programas?

Sí

- ▶ Si piensa que es elegible, solicítelo
- ▶ Su SHIP puede ayudarle

Comencemos 05/05/2011

35

- Si usted es una persona de ingresos y recursos limitados debe presentar una solicitud. Hágalo aun si piensa que PODRÍA ser elegible.
- Si necesita ayuda, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP).

Los puntos que debe recordar

- ▶ Medicare es un seguro médico
- ▶ No cubre todos los costos del cuidado de su salud
- ▶ Hay varias maneras de obtener la cobertura de Medicare
- ▶ Importante
 - Tome las decisiones correctas
 - En el momento oportuno
 - Si necesita ayuda, pídale

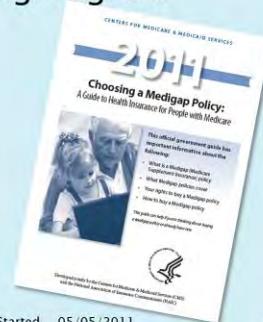
Comencemos 05/05/2011

36

- Hay ciertos puntos clave que debe recordar:
 - Medicare es un seguro médico
 - Que no cubre todos sus gastos médicos
 - Usted puede escoger cómo recibe los beneficios de Medicare
 - Es importante que tome la decisión correcta en el momento apropiado
 - Hay ayuda disponible si la necesita

Más información

- ▶ El manual “Medicare y usted”
- ▶ Otras publicaciones de CMS
- ▶ 1-800-MEDICARE
- ▶ Programa Nacional de Entrenamiento de Medicare
cms.hhs.gov/NationalMedicareTrainingProgram
- ▶ Su consejero de SHIP



Getting Started 05/05/2011

37

- Hay ayuda y más información disponibles:
- El manual “Medicare y Usted” que se envía por correo a los hogares en el otoño. Incluye los planes de la Parte C y D de su zona.
- Otras publicaciones disponibles en www.medicare.gov.
- La línea telefónica de Medicare atiende las 24 horas del día y los fines de semana. Llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Los socios pueden obtener información del Programa Nacional de Entrenamiento de Medicare en www.cms.hhs.gov/NationalMedicareTrainingProgram
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en la cara interior de la última página del manual Medicare y Usted, o visite www.medicare.gov para obtener los contactos útiles.

NOTA: Tal vez los instructores deseen incluir los contactos locales.

Sus opciones en Medicare

Hay dos opciones para recibir la cobertura de Medicare. Use estos pasos para decidir.

Primer Paso

Decida si desea el Medicare Original o un Plan Medicare Advantage

Plan Medicare Original consta de: la Parte A (Seguro de hospital) y/o la Parte B (Seguro médico)

- Medicare le brinda esta cobertura directamente
- Usted escoge a sus médicos, hospitales y proveedores que acepten Medicare
- Por lo general, usted o su otro seguro paga los deducibles y el coseguro
- Generalmente paga una prima mensual por la Parte B.

Segundo Paso

Decida si quiere la cobertura de medicamentos recetados (Parte D)

- Si quiere esta cobertura, debe escoger e inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas y pagar la prima mensual.
- Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.

Tercer Paso

Decida si quiere cobertura adicional

- Tal vez le interese obtener un seguro privado que cubra los servicios que el Medicare Original no cubre. Usted puede comprar otro seguro privado, como una póliza Medigap (Seguro suplementario a Medicare)
- Los costos varían de acuerdo a la póliza y a la compañía.
- Los empleadores o sindicatos pueden ofrecer una cobertura similar.

Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) Parte C – incluye AMBAS Partes, la Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico)

- Ofrecida por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.
- Generalmente debe atenderse con médicos, hospitales y proveedores de la red del plan, o podría pagar más o tener que pagar todos los costos.
- Generalmente, usted paga una prima mensual (además de la prima de la Parte B) y un copago por cada servicio cubierto.
- Los costos, beneficios adicionales y normas varían con cada plan.

Segundo Paso

Decida si quiere la cobertura de medicamentos recetados (Parte D)

- Si desea esta cobertura, en la mayoría de los casos debe obtenerla del Plan Medicare Advantage.
- En algunos planes Medicare Advantage que no ofrecen dicha cobertura, usted podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

Aviso: Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, no puede usar su póliza Medigap para pagar los costos del bolsillo del plan MA. Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage no le pueden vender una póliza Medigap.

Además del Medicare Original o de un Plan Medicare Advantage usted podrá inscribirse en otros planes de salud de Medicare.

Los costos de Medicare

Sus primas mensuales

La prima mensual de la Parte A (Seguro de Hospital)

La mayoría de las personas no pagan una prima mensual por la Parte A porque pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban.

En el 2011, las personas que compraron la Parte A pagaron hasta \$450 por mes. Si tienen que pagar la multa por inscripción tardía el monto de la prima aumenta.

La prima mensual de la Parte B (Seguro Médico)

La mayoría de las personas seguirán pagando la misma cantidad que el año pasado.

Si tiene preguntas sobre la prima de la Parte B, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Aviso: Si usted no recibe los beneficios del Seguro Social, de RRB o del Servicio Civil y desea inscribirse en la Parte B, le enviarán una factura por el monto de la prima. Si decide comprar la Parte A, siempre recibirá una factura por la prima. Usted puede enviar el pago de la prima a: Medicare Premium Collection Center, P.O. Box 790355, St. Louis, MO 63179-0355. Si recibe una factura de RRB, envíe su pago a: RRB, Medicare Premium Payments, P.O. Box 9024, St. Louis, MO 63197-9024.

Lo que usted paga si tiene el Medicare Original

Los costos de los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare

	<p>Si el hospital debe comprar la sangre que le darán, usted debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente. En la mayoría de los casos, el hospital obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, en cuyo caso ni tendrá que pagarla ni reponerla.</p>
	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$0 por los servicios para el cuidado de la salud en el hogar• El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero
	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$0 por el cuidado de hospicio• Un copago de hasta \$5 por cada receta para paciente ambulatorio• El 5% de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de relevo (cuidado a corto plazo para que descanse la persona que lo cuida a diario) <p>Medicare no cubre el alojamiento y comidas cuando usted recibe atención de hospicio en su hogar u otro centro donde viva (residencia geriátrica).</p>
	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$1,132 de deducible y no le cobran un coseguro por una estadía de 1-60 por cada período de beneficio• \$283 diarios por una estadía de 61-90 días por cada período de beneficio• \$566 por cada “día de reserva vitalicio” después de los 90 días en cada período de beneficio (hasta 60 días en toda su vida)• Después de los días de reserva vitalicios, usted paga todos los costos• La atención en un hospital psiquiátrico está cubierta por 190 días durante toda su vida <p>Vea “Servicios médicos y otros” en la página siguiente para averiguar cuánto le paga a su médico mientras está internado en el hospital.</p>
	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$0 por los 20 primeros días de cada período de beneficio• \$141.50 diarios por una estadía de 21-100 días por cada período de beneficio• Todos los costos después de los 100 días de cada período de beneficio

Nota: Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los costos pueden ser mayores o menores a los mencionados arriba. Fíjese en la Evidencia de Cobertura de su plan.

Lo que usted paga si tiene el Medicare Original (continuación)

Los costos de los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare

	<p>Usted paga: \$162 de deducible anual por los servicios y artículos cubiertos por la Parte B</p>
	<p>Si el hospital debe comprar la sangre que le darán, usted debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente. En la mayoría de los casos, el hospital obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, en cuyo caso ni tendrá que pagarla ni reponerla. Sin embargo, le cobrarán un copago por el procesamiento y el servicio para darle la sangre y tiene que haber pagado el deducible.</p> <p>Después de las 3 primeras pintas que reciba como paciente ambulatorio, usted tendrá que pagar todas la unidades adicionales y tiene que haber pagado el deducible.</p>
	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga por lo servicios cubiertos
	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por los servicios aprobados por Medicare, • El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero
	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los servicios médicos (incluidos los del médico mientras está internado en el hospital), por los servicios ambulatorios y el equipo médico duradero.
	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 45% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los servicios de salud mental ambulatorios
	<p>Usted paga un copago o coseguro</p>
	<p>Usted paga un coseguro (por los servicios del médico) o un copago por los servicios ambulatorios. El copago por un servicio no puede ser mayor al monto del deducible por la internación en el hospital.</p>

*En el 2011 pueden haber limitaciones para los servicios de terapia física, ocupacional o del lenguaje. Si las hubiera, también habría excepciones a dichas limitaciones.

Nota: Todos los planes Medicare Advantage deben cubrir estos servicios. Los costos pueden ser mayores o menores a los mencionados arriba. Fíjese en la Evidencia de Cobertura de su plan.

Apéndice B

Las primas de los planes Medicare Advantage (Parte C) y de los planes Medicare de medicamentos recetados (Parte D)

Para averiguar el monto de las primas visite www.medicare.gov/find-a-plan. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

El cuadro a continuación es un estimado de las primas de los planes de recetas médicas basadas en sus ingresos. Si su ingreso es mayor de una cierta cantidad le cobrarán un reajuste que pagará además de la prima. Recuerde que estas cantidades son solo un estimado.

Prima mensual de la Parte D

Si su ingreso en el año 2009 era		Usted paga
Declaración de impuestos individual	Declaración de impuestos conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	La prima de su plan
Más de \$85,000 hasta \$107,000	Más de \$107,00 hasta \$214,000	\$12.00 + la prima del plan
Más de \$107,000 hasta \$160,000	Más de \$214,000 hasta \$320,000	\$31.10 + la prima del plan
Más de \$160,000 hasta \$214,000	Más de \$320,000 hasta \$428,000	\$50.10 + la prima del plan
Por encima de \$214,000	Por encima de \$428,000	\$69.10 + la prima del plan

El ajuste por ingreso se deducirá de su cheque mensual del Seguro Social, independientemente del modo en que usted pague la prima. Si el monto del ajuste es mayor al de su cheque del Seguro Social, Medicare le enviará una factura.

Los costos de los servicios cubiertos por las Partes C y D

Usted podrá obtener la información sobre los costos de los planes de su zona, visitando www.medicare.gov. También puede llamar a su plan, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); o a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP).

El monto mencionado abajo se usa para calcular la multa por inscripción tardía en la Parte D

La prima media nacional puede cambiar cada año.

--	--



E-mail: NMTP@cms.hhs.gov

Website: cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram

**Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244**