



Módulo 13:

Medicare y otros programas para las personas incapacitadas

 **National Medicare
TRAINING PROGRAM**

...helping people with Medicare make informed health care decisions



**CMS**
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Módulo 13:
Medicare y otros
programas para las
personas incapacitadas

**National Medicare
TRAINING PROGRAM**
...helping people with Medicare
make informed health care decisions

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

v22

Este Módulo le explica el programa Medicare y otros programas para los incapacitados.

El módulo fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP) y los Planes Médicos para Condiciones Preexistente (PCIP). La información era correcta en abril de 2012.

Si desea consultar las actualizaciones sobre la reforma sanitaria, visite www.healthcare.gov.

Para ver la versión más actualizada de este módulo, visite <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/NationalMedicareProgTrain/Training-Library.html>.

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



Los objetivos de la sesión

- Esta sesión se concentra en temas relacionados con las personas incapacitadas, tales como
 - Los requisitos para los programas del Seguro Social
 - La elegibilidad e inscripción en Medicare
 - Sus opciones de planes Medicare
 - Las pólizas Medigap
 - Medicaid
 - Ayuda para pagar sus gastos médicos
 - Dónde puede conseguir más información

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

2

Esta sesión se concentra en temas relacionados con las personas incapacitadas, tales como

- Los requisitos para los programas del Seguro Social
- La elegibilidad e inscripción en Medicare
- Sus opciones de planes Medicare
 - Las pólizas Medigap
- Medicaid
- Ayuda para pagar sus gastos médicos
- Dónde puede obtener más información



Antecedentes

- **Antes de 1972**
 - Las personas discapacitadas dependían de la ayuda estatal
 - Los beneficios eran limitados
- **Medicare fue extendido en 1972**
 - Agregando cobertura para los beneficiarios discapacitados menores de 65 años
 - Con servicios mejorados
 - Promueve la independencia y autonomía
- **La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010**
 - Mejora los beneficios para los discapacitados
 - Garantiza la accesibilidad a la atención médica, la calidad de los servicios y precios accesibles

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

3

Cuando Medicare fue expandido en 1972 para incluir en su cobertura a los discapacitados menores de 65 años, comenzó a jugar un papel importante para promover la independencia y autonomía, así como mejores servicios para las personas discapacitadas que anteriormente no tenían acceso a ellos.

Antes de la expansión de Medicare, las personas discapacitadas dependían de la ayuda de los programas estatales o de beneficencia.

Las mejoras promulgadas recientemente para los programas Medicare y Medicaid, brindan una gama más amplia de beneficios, tales como los servicios preventivos y el Equipo Médico Duradero (DME) a un precio más asequible y más opciones de cuidado a largo plazo o ayuda para vivir en su comunidad.

La Ley de Atención Médica Asequible (ACA) de 2010 mejora los beneficios para los discapacitados y garantiza la accesibilidad a la atención y servicios de calidad a un precio que pueda pagar.

Antecedentes

- Los incapacitados son

- El grupo de beneficiarios de Medicare que crece más rápidamente
 - Cerca del 17% de los beneficiarios de Medicare
- Casi 8 millones tienen la Parte A y/o la Parte B
- Que generalmente no estaban asegurados antes de ser elegibles para Medicare
- Podrían obtener los beneficios de Medicare y Medicaid

Los estudios investigativos han demostrado que 3 de cada 10 trabajadores de 20 años podrían tener alguna incapacidad antes de jubilarse.

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

4

Las personas discapacitadas

- Representan el grupo de más rápido crecimiento entre los beneficiarios de Medicare, formado en su mayoría por personas jóvenes (65 años y menores) con pocos conocimientos sobre el programa Medicare.
- Constituyen aproximadamente el 17% de los beneficiarios de Medicare
- Generalmente no estaban asegurados antes de ser elegibles para Medicare
- Podrían ser elegibles tanto para Medicare como para Medicaid
- Los estudios han demostrado que 3 de cada 10 trabajadores de 20 años podrían estar incapacitados antes de la edad de jubilarse. (Fuente de información: SSA.)

De las personas inscritas en Medicare porque tiene una discapacidad

- 7,600,524 tienen la Parte A y/o la parte B
- 760,915 tienen solamente la Parte A
- 6,838,950 tiene las Partes A y B

Para más información, visite <http://www.cms.gov/MedicareEnrpts/Downloads/09Disabled.pdf>

Lo que el Seguro Social considera como una incapacidad

- El Seguro Social define como incapacidad a una
 - Condición médica o una combinación de impedimentos que
 - Le impida trabajar por lo menos por 12 meses
 -
 - Tal vez le cause la muerte
 - Considera su edad, educación y experiencia laboral
- Para ser elegible para Medicare por su discapacidad
 - Usted debe satisfacer la definición de discapacidad del Seguro Social

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

5

Para ser elegible para Medicare por su discapacidad, usted debe satisfacer la definición de discapacidad del Seguro Social siguiente:

- Debe tener una condición médica o una combinación de impedimentos que
- Le impida trabajar por lo menos por 12 meses (SGA), o que se espere que resulte fatal
 - Una actividad ganancial (SGA) con un ingreso bruto mensual de \$1,000 (\$1,640 mensuales si es invidente)
 - Considera su edad, educación y experiencia laboral

El Seguro Social para las personas incapacitadas

- Programas federales que proporcionan dinero en efectivo
 - Para las personas incapacitadas
 - El Seguro por incapacidad del Seguro Social (SSDI en inglés)
 - La Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés)
- Administrados por el Seguro Social

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

6

- Programas federales que brindan dinero en efectivo a las personas incapacitadas
- Administrados por el Seguro Social
 - El Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)
 - La Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

¿Qué es el Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)?

- Le brinda beneficios si satisface la definición de discapacidad del Seguro Social
 - Ciertos miembros de su familia
 - Si usted está “asegurado”
 - Ha trabajado el tiempo suficiente y pagado los impuestos al Seguro Social
- El monto de las prestaciones
 - Se basa en el promedio de los ingresos de su vida

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

7

El Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)

- Les paga las prestaciones a usted y algunos miembros de su familia si usted está “asegurado”, lo que significa que ha trabajado el tiempo suficiente y pagado los impuestos al Seguro Social.
- El monto del beneficio está basado en el promedio de ingresos de su vida.

¿Quién puede obtener el SSDI?

Empleado	Cónyuge	Hijo
<ul style="list-style-type: none">▪ Tiene que haber aportado al Seguro Social por lo menos 5 de los 10 años requeridos (20 créditos)▪ El requisito es menor si tiene menos de 31 años	<ul style="list-style-type: none">▪ A los 62 años▪ A cualquier edad si está a cargo de un menor de 16 años o discapacitado▪ Los cónyuges divorciados podrían ser elegibles	<ul style="list-style-type: none">▪ Soltero menor de 18 (menor de 19 si aún sigue en la escuela secundaria)▪ Soltero y discapacitado antes de cumplir 22 años

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

8

¿Quién puede recibir los beneficios del Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)?

- El empleado
 - Tiene que haber aportado al Seguro Social por lo menos 5 de los 10 años requeridos
 - Menos si tiene menos de 31 años
- Cónyuge
 - A los 62 años
 - A cualquier edad si está a cargo de un menor de 16 años o discapacitado
 - Los cónyuges divorciados podrían ser elegibles si:
 - Estuvieron casados con el empleado por lo menos por diez años
 - No están casados
 - No tienen derecho a un beneficio mayor del Seguro Social basado en sus propios aportes (20 CFR §404.336)
- Hijo
 - Soltero menor de 18 (menor de 19 si aún sigue en la escuela secundaria)
 - Soltero y discapacitado antes de los 22 años

¿Quién puede obtener el SSDI?

- Las personas que hayan acumulado suficientes créditos laborales
 - Conocidos anteriormente como trimestres de cobertura
 - Basados en sus ingresos
- Su historial laboral determina su elegibilidad para
 - Jubilación
 - Prestaciones por discapacidad
 - La elegibilidad de su familia para recibir las prestaciones para los sobrevivientes
- En el 2012, usted recibe un crédito
 - Por cada \$1,130 de ingreso (cambia cada año)
 - Hasta un máximo de cuatro créditos al año

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

9

Los créditos del Seguro Social (antes conocidos como trimestres de cobertura) se basan en su ingreso.

Su historial laboral determina su elegibilidad para

- La jubilación
- Los beneficios por discapacidad
- La elegibilidad de su familia para recibir las prestaciones para los sobrevivientes

En el 2012, le otorgan un crédito

- Por cada \$1,130 de ingreso (cambia anualmente)
- Hasta un máximo de cuatro créditos al año.

Los créditos que necesita para el SSDI

Edad cuando quedó discapacitado	Los créditos necesarios
Antes de los 24	Generalmente 1 ½ año de trabajo (6 créditos) en los tres años anteriores a su discapacidad
24 – 30	Generalmente necesita créditos correspondientes a la mitad del tiempo entre sus 21 años y el momento en que quedó discapacitado
31 o mayor	Generalmente necesita haber acumulado al menos 20 créditos en los 10 años previos a su discapacidad

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

10

Los créditos requeridos para el SSDI varían según la edad:

- Si usted quedó discapacitado antes de los 24 años, por lo general tiene que haber trabajado 1½ años (6 créditos) en los 3 años anteriores a su discapacidad
- Si usted quedó discapacitado entre los 24 y 30 años, generalmente necesitará créditos por la mitad del tiempo entre los 21 años y la edad en que quedó discapacitado.
- Si cuando quedó discapacitado usted tenía 31 años o más, generalmente necesitará acumular 20 créditos en los diez años anteriores a su discapacidad.

Período de espera

- Hay un período de espera de 5 meses para SSDI
 - Desde el momento en que empezó su discapacidad hasta que comienzan los beneficios
 - Excepto para las personas elegibles para los beneficios por discapacidad de la niñez
 -
 - Algunas persona que con anterioridad fueron elegibles para los beneficios por discapacidad

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

11

En la mayoría de los casos, hay un período de espera de cinco meses a partir del momento en que comienza su discapacidad y el momento en que empieza a recibir los beneficios. Si se aprueba su solicitud, usted recibirá la primera prestación del Seguro Social a partir del sexto mes de su discapacidad. El período de espera de cinco meses para los pagos en efectivo, no se aplica para las personas a cargo de un niño discapacitado que recibe el beneficio, o ciertas personas que anteriormente ya fueron elegibles para recibir los beneficios por discapacidad.

¿Qué es la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?

- Un programa federal basado en "sus necesidades"
 - No se necesitan créditos
 - Las personas elegibles también pueden serlo para Medicaid en la mayoría de los estados
- ¿Quién puede recibir las prestaciones?
 - Los ancianos, invidentes y los discapacitados
 - Con ingresos y recursos limitados
 - Deben ser ciudadanos de los EE.UU. o extranjeros calificados
- Podrían ser elegibles para ambos programas (SSDI & SSI)

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

12

La Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) es un programa federal basado en "sus necesidades"

- No se necesitan créditos
- En la mayoría de los estados las personas también podrían ser elegibles para Medicaid. Para recibir los beneficios, usted debe ser una persona de la tercera edad, invidente o discapacitado con ingresos y recursos limitados.

Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o un residente legal calificado que haya residido legalmente en los EE.UU. el 8/22/96.

Las personas podrían ser elegibles para ambos programas SSDI y SSI.

Para solicitar los beneficios por discapacidad

- Usted necesita:
 - Su número de Seguro Social
 - Comprobante de edad
 - La información sobre su médico
 - Su historial clínico
 - Su historial laboral
- No espere para solicitarlos
 - Aun si todavía está buscando la información requerida

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

13

Usted puede acelerar el trámite si cuando presenta su solicitud lleva ciertos documentos y la información requerida.

- Entre ellos:
 - Su número de Seguro Social, comprobante de edad suyo y de sus dependientes, y si su cónyuge lo está solicitando, la fecha de cualquier matrimonio anterior
 - Nombres, direcciones, números de teléfono y fax, de los médicos, hospitales, clínicas e instituciones que lo han tratado y las fechas de los tratamientos
 - La lista de todos los medicamentos que toma
 - Si lo tuviera, su historial clínico donde figuren sus exámenes, tratamientos, análisis y sus resultados
 - Un resumen de los lugares en los que ha trabajado y el tipo de trabajo, incluido su formulario W-2 (declaración de ingresos e impuestos) más reciente, o si es un empleado autónomo su declaración de impuestos federales

IMPORTANTE: Cuando se lo pidan, usted debe presentar los documentos originales o copias certificadas por la oficina que los ha emitido. El Seguro Social hará fotocopias y le devolverá los documentos. **NOTA:** No necesita presentar la tarjeta original del Seguro Social ni copias certificadas de su archivo médico.

No espere para solicitarlos, aun si no tiene toda la información requerida. La oficina del Seguro Social le ayudará a obtenerla. (Si usted es un empleado de los ferrocarriles, llame a RRB al 1-877-772-5772 o visite la oficina local de RRB).

Para solicitar los beneficios por discapacidad

- **Solicítelos al Seguro Social**
 - Por Internet en
<http://www.socialsecurity.gov/applyfordisability/>
 - En persona
 - Llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para hacer una cita
- **Haga una cita telefónica/en persona**
 - Obtenga los “Materiales iniciales para el beneficio por discapacidad” (*Disability Starter Kit*)
- **El tiempo de tramitación promedio es 4 meses**

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

14

Usted debe solicitarle estos beneficios al Seguro Social

- Por Internet en <http://www.socialsecurity.gov/applyfordisability/>
- En persona
 - Llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para hacer una cita
- Para SSDI – Usted puede llenar electrónicamente la partes correspondientes a la información médica y no médica.
- Para SSI – Solamente la parte correspondiente a la información médica puede ser llenada electrónicamente. La parte que no es médica debe hacerse en persona o por teléfono.
- Haga una cita telefónica o en persona y le mandarán los “Materiales iniciales para el beneficio por discapacidad” (*Disability Starter Kit*) para ayudarle a prepararse.
- El tiempo de tramitación promedio es 4 meses

Ejercicio

Para obtener los beneficios del Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI), las personas tiene que haber contribuido al Seguro Social 5 de los 10 últimos años.

1. Cierto
2. Falso

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

15

Ejercicio

Para obtener los beneficios del Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI), las personas tiene que haber contribuido al Seguro Social 5 de los 10 últimos años.

1. Cierto
2. Falso

Respuesta: 2. Falso

- Si quedó discapacitado antes de los 24 años, por lo general necesita haber aportado durante un año y medio (6 créditos) en los tres años anteriores a su discapacidad.
- Si quedó discapacitado entre los 24 y 30 años, generalmente necesita créditos por la mitad del tiempo entre los 21 años y el momento en que quedó discapacitado.
- Si tenía 31 años o más cuando quedó discapacitado, por lo general necesita por lo menos 20 créditos durante los 10 años anteriores a su discapacidad.

Ejercicio

La elegibilidad de la persona para la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) está basada en los ingresos promedio de su vida.

1. Cierto
2. Falso

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

16

Ejercicio

La elegibilidad de la persona para la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) está basada en los ingresos promedio de su vida.

1. Cierto
2. Falso

Respuesta. 2. Falso

A Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) está basada en las necesidades del individuo y no en los ingresos promedio de la vida del beneficiario.



Medicare para las personas discapacitadas

- ¿Qué es Medicare?
- ¿Quién puede obtener los beneficios de Medicare?
- Cómo se puede inscribir en Medicare
- Sus opciones de planes de salud y medicamentos de Medicare

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

17

Medicare para las personas discapacitadas

- ¿Qué es Medicare?
- ¿Quién puede obtener los beneficios de Medicare?
- Cómo se puede inscribir en Medicare
- Sus opciones de planes de salud y medicamentos de Medicare

¿Qué es Medicare?

- Es un seguro médico para tres grupos de personas
 - Las que tienen 65 años o más
 - Las personas con ciertas discapacidades
 - Menores de 65 años elegibles para recibir el beneficio de SSDI por 24 meses
 - Las personas de cualquier edad que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD)
 - Las personas de cualquier edad que padecen de ALS (enfermedad de Lou Gehrig)
- Administrado por
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

18

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. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid administran el programa Medicare.

Medicare es el seguro médico más grande de la nación y actualmente brinda cobertura aproximadamente a 48 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).

Medicare tiene cuatro partes



04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

19

Medicare consta de cuatro partes:

- Parte A (Seguro del Hospital)
- Parte B (Seguro Médico)
- Parte C (Medicare Advantage) como los planes HMO o PPO. Combina las Partes A y B y a veces la Parte D (la cobertura de las recetas médicas).
- Parte D (la cobertura de las recetas médicas)

La elegibilidad para Medicare basándose en su discapacidad

- Si está discapacitado y desea obtener los beneficios de Medicare, usted debe
 - Ser elegible para los beneficios por discapacidad del Seguro Social (SSDI)
 - Haber tenido derecho a los beneficios por discapacidad por 24 meses
 - A menos que le hayan diagnosticado una Enfermedad Renal Terminal (ESRD)
 - Que padezca de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS, conocida como enfermedad de Lou Gehrig)

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

20

Las enmiendas al Seguro Social de 1972 expandieron al programa Medicare para cubrir dos grupos nuevos:

- Las personas discapacitadas menores de 65 años que han tenido derecho a los beneficios por discapacidad del Seguro Social por 24 meses
- Las personas que padecen de Enfermedad Renal Terminal que cumplen los criterios de ingresos del Seguro Social. Las personas de cualquier edad que padeczan de Enfermedad Renal Terminal (ESRD)
 - Recuerde que las personas que padecen de ESRD no necesitan ser elegibles para los beneficios del Seguro Social para obtener Medicare. Sin embargo, si también tienen derecho a los beneficios por discapacidad, podrían ser elegibles para ambos programas.
 - El período de espera de Medicare de 24 meses no se aplica a las personas que padecen de Esclerosis Lateral Amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig). Estas personas recibirán los beneficios de Medicare el primer mes en que tengan derecho a recibir los beneficios por discapacidad. Esta norma entró en vigencia el 1 de julio de 2001.

Inscripción automática

- El paquete del Período de Inscripción Inicial (IEP) se envía por correo
 - 3 meses antes del mes número 25 de sus beneficios por discapacidad
 - Para los que padecen de ALS - 4 semanas después de ser elegibles para Medicare
 - Usted tiene que decidir si quiere la Parte B
 - Y si quiere inscribirse en un plan de la Parte D
- Si no recibe su tarjeta de Medicare, llame al Seguro Social



04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

21

Si ya está recibiendo los beneficios del Seguro Social (por ejemplo los beneficios por discapacidad), lo inscribirán automáticamente en las Partes A y B de Medicare sin que tenga que presentar una solicitud adicional. Le enviarán el Paquete de IEP que incluye su tarjeta de Medicare y otra información, 3 meses antes del vigesimoquinto (25) mes de recibir los beneficios por discapacidad. **AVISO:** Si usted reside en Puerto Rico o en el extranjero y recibe los beneficios del Seguro Social o de RRB, será inscrito automáticamente en la Parte A. Si desea la Parte B, tendrá que inscribirse. Su paquete IEP puede ser un poco diferente.

Si tiene el Medicare Original, tendrá que usar su tarjeta roja, blanca y azul para recibir los beneficios. La tarjeta de Medicare le indica si tiene la cobertura de la Parte A (Seguro de hospital) y/o B (Seguro médico) y la fecha de vigencia. La tarjeta de Medicare también tiene el número de reclamo de Medicare. Para la mayoría de los beneficiarios el número está formado por 9 números y 1 letra. También podría tener otra letra o número, después de la primera 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 la que 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 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 (estas letras y números no significan que usted tiene las Partes A, B, C y D).

- Si usted elige otro plan de salud de Medicare, su plan tal vez le entregue una tarjeta para utilizarla cuando obtenga servicios y suministros. Comuníquese con el Seguro Social (o con RRB), si la información en la tarjeta es incorrecta.
- Si usted no quiere la Parte B, siga las instrucciones y devuelva la tarjeta. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1212 si no recibe la tarjeta.

La elegibilidad retroactiva para Medicare

- Una vez que su solicitud por discapacidad haya sido aceptada
 - Sus beneficios por discapacidad podrían ser retroactivos
 - La inscripción en Medicare también podría ser retroactiva
 - Su tarjeta de Medicare mostrará la fecha en que entra en vigencia
 - Si usted recibió servicios cubiertos por Medicare anteriormente
 - Puede pedirle al médico que envíe el reclamo a Medicare
 - Tiene que haber recibido los servicios después de la fecha de vigencia que consta en su tarjeta de Medicare

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

22

Hay momentos en los que la decisión de cobertura de una discapacidad debe tomarse a través de una apelación (dándole una fecha de elegibilidad anterior para los beneficios por discapacidad del Seguro Social); o si la solicitud no fue procesada de manera oportuna, la cobertura de la Parte A en estos casos sería retroactiva. De cualquier manera, la elegibilidad para la Parte A siempre será el mes número 25 de sus beneficios por discapacidad. La elegibilidad para la Parte B será el mes número 25 de sus beneficios por discapacidad si, al momento en que se tramita la solicitud, el beneficiario debe menos de seis meses de prima de la Parte B (retroactivos). Si debe seis o más meses de prima, la Parte B entrará en vigencia el mes en que se procese la solicitud. Usted recibirá la información siguiente:

- La fecha en que comienza la cobertura de la Parte A (el mes número 25 de sus beneficios por discapacidad).
- La fecha en que comienza la cobertura de la Parte B (el mes en que se procese la solicitud), y la opción de escoger el inicio de la cobertura de la Parte B en el mes número 25 de sus beneficios por discapacidad.

Para usar esta opción, usted debe enviar un pedido por escrito de elegibilidad retroactiva de la Parte B, y aceptar el pago de las primas retroactivas que se adeuden. Si escoge esta opción, se le enviará una segunda carta indicándole que su cobertura de la Parte B es retroactiva. La carta también contiene instrucciones para que su proveedor de la salud presente los reclamos de la Parte B que ya están fuera del plazo límite de presentación.

Fecha de inscripción

Debido a las variantes a tener en cuenta al determinar el Período de Inscripción Inicial para un individuo que solicita la reegibilidad para los beneficios por discapacidad, se considera como si la solicitud de inscripción en la Parte B se hubiera presentado en el tercer mes del IEP. Para asegurarse de que la cobertura comience en la fecha más temprana que sea posible.

¿Por cuánto tiempo puedo obtener los beneficios de Medicare?

- Por todo el tiempo que cumpla los requisitos para los beneficios de SSA por discapacidad
- El Seguro Social brinda incentivos laborales
 - La cobertura de Medicare continuará si la persona está discapacitada y sigue trabajando
 - 8½ años sin el pago de la prima de la Parte A
 - Despues de ese período pueden comprar la Parte A
- Los motivos de su elegibilidad cambian cuando cumpla 65 años
 - Cualquier multa por inscripción tardía quedará sin efecto cuando cumpla 65 años

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

23

Mientras cumpla los requisitos para recibir los beneficios por discapacidad del Seguro Social, usted será elegible para Medicare. Si el Seguro Social suspende sus beneficios por discapacidad porque su condición ha mejorado y de acuerdo a la definición del Seguro Social usted ya no está discapacitado, los beneficios de Medicare terminarán el mismo mes en que terminen sus beneficios por discapacidad.

El Seguro Social tiene incentivos laborales para ayudar a los discapacitados que siguen trabajando a pesar de sus discapacidades. Uno de esos incentivos es que pueden continuar recibiendo los beneficios de Medicare.

- Usted podría conservar la cobertura de Medicare por hasta ocho años y medio si vuelve a trabajar. La cobertura continuará aun si el Seguro Social determina que ya no es elegible para recibir dinero en efectivo , porque sus ingresos están por encima del nivel del trabajo sustancial y lucrativo (SGA por su sigla en inglés) (\$1,010 mensuales en el 2012).
- Si después de los ocho años y medio de su cobertura de Medicare extendida, usted sigue trabajando y sigue con su impedimento físico o mental, podrá comprar la Parte A o las Partes A y B por todo el tiempo que esté discapacitado. A esta disposición se le conoce como "Medicare para los discapacitados que trabajan".
- Si estaba pagando una prima de la Parte B con aumento durante el tiempo en que tenía la Parte A sin pago de una prima, pero ahora puede obtener la Parte B por haberse inscrito en la Parte A para los discapacitados que trabajan, el monto de la prima de la Parte B se reducirá a la prima estándar.
- Le enviarán la factura por el monto de las primas de Medicare. Si usted recibe los beneficios de Medicare por una discapacidad, cuando cumpla 65 años, tendrá la cobertura sin interrupción. Si hasta el momento compraba la Parte A, ahora se la otorgarán sin el pago de la prima. Sin embargo, el motivo de su elegibilidad para Medicare cambia de una discapacidad a la edad. Si cuando estaba discapacitado no tenía la Parte b, cuando cumpla 65 años la obtendrá automáticamente y entonces podrá decidir si se la queda o no.
- Si paga la multa por inscripción tardía en la Parte B, le quitarán la multa cuando cumpla 65 años.

Las opciones de planes para los discapacitados

- Todos los planes de Medicare están disponibles
 - El Medicare Original
 - Una póliza Medigap (para complementar al Medicare Original)
 - Tal vez no pueda obtenerla si tiene menos de 65 años
 - Los planes Medicare Advantage
 - Otros planes de Medicare
 - Los planes Medicare de medicamentos recetados
- Las personas con ESRD tienen opciones limitadas

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

24

Las opciones de planes de Medicare son las mismas para los discapacitados y las personas de 65 años o mayores , excepto por aquellas personas que padecen de ESRD. Usted puede escoger la cobertura del Medicare Original, un plan Medicare Advantage u otro plan de Medicare disponible en su zona.

Las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) se ofrecen a las personas que tienen Medicare por una discapacidad. Sin embargo, puede que no estén disponibles para los discapacitados menores de 65 años. La elegibilidad para los menores de 65 varía en cada estado. Algunos estados les obligan a la compañías a venderles pólizas Medigap a los beneficiarios de Medicare discapacitados que tienen menos de 65 años.

Usted también se puede inscribir en un plan Medicare de medicamentos recetados. Si bien la inscripción es optativa, podría ahorrarle bastante dinero si usted tiene un problema médico crónico y tiene que tomar muchos medicamentos.



¿Qué es el Medicare Original?

- Es un plan médico administrado por el gobierno federal
- Que le brinda la cobertura de las Partes A y B
- Usted puede atenderse con cualquier médico u hospital que acepte Medicare
- Usted paga
 - La prima de la Parte B (la Parte A es gratis para la mayoría de los beneficiarios)
 - Deducibles, coseguro y copagos
- Le envían el Resumen de Medicare (MSN)
- Puede inscribirse en la Parte D para agregar la cobertura de las recetas médicas

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

25

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 salud 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. La mayoría de los beneficiarios pagan la prima del 2012 de \$99.90.

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 por correo 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 la factura que ha recibido, puede apelar. En el MSN encontrará información sobre cómo apelar.

Si tiene el Medicare Original y desea agregarle la cobertura de sus recetas médicas puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D).

La Parte A – Seguro de hospital

- Cubre

- La estadía en el hospital
- El cuidado en un centro de enfermería especializada
- El cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)
- El cuidado de hospicio
- La sangre



04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

26

La Parte A de Medicare (Seguro de hospital) cubre los servicios necesarios por motivos médicos.

Estadía 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. Los servicios 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 cumplen ciertos requisitos.

Cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria) - Un médico que trabaja con Medicare o ciertos proveedores de cuidados médicos que trabajen con ese doctor deben entrevistarlo para certificar que necesita los servicios de cuidado en el hogar. El médico ordenará 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 casa supone un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos de cuidado de la salud en el hogar son gratuitos.

Cuidado de hospicio - para las personas que padecen una enfermedad terminal. El médico debe certificar que probablemente le queden 6 meses o menos de vida. La cobertura incluye los medicamentos para calmar el dolor y controlar los síntomas; los servicios médicos, de enfermería y sociales, y 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.

Lo que usted paga por la Parte A

- La mayoría de las personas obtienen 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
 - Puede obtener la Parte A pagando una prima
 - \$248 mensuales si ha aportado entre 30-39 trimestres
 - \$451 mensuales por menos de 30 trimestres
 - Tal vez tenga que pagar una multa si no adquiere la Parte A cuando es elegible por primera vez

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

27

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).

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 esté cubierto por un plan de salud grupal 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 B (Seguro médico)

■ Cubre

- La visita médica
- Los servicios ambulatorios del hospital
- Los análisis clínicos
- El Equipo Médico Duradero (DME)
 - Tal vez tenga que usar proveedores contratados
 - En ciertas zonas y para ciertos suministros o equipo (Programa de Oferta Competitiva – Apéndice A)
- Los servicios preventivos



04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

28

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 médicaamente necesarios.

Servicios médicos, quirúrgicos e insumos para pacientes ambulatorios – Para procedimientos aprobados (como radiografías, escayolas 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.

Equipo Médico Duradero (DME), como las sillas de ruedas, andadores, bastones, etc. Vea el Apéndice A para obtener información sobre el Programa de Oferta Competitiva del DME.

Servicios preventivos, como los exámenes, análisis, evaluaciones y vacunas que ayudan a prevenir, detectar o tratar ciertos problemas médicos. Los servicios preventivos pueden hacer una detección temprana de las enfermedades, que es cuando el tratamiento da los mejores resultados.

La prima mensual de la Parte B

Si sus ingresos anuales en 2010 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

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

29

La prima mensual estándar de la Parte B es \$99.90 en el 2012, lo que significa una disminución de \$15.50 con respecto a la prima del 2011 de \$115.40. Sin embargo, la mayoría de los beneficiarios en el 2011 pagaron \$96.40 por mes. La prima mensual del 2012 representa para el beneficiario un aumento de \$3.50. La mayoría de las personas con Medicare pagarán en el 2012 una prima mensual de \$99.90.

Algunas personas con ingresos anuales más altos pagan una prima de la Parte B más cara. 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, pagará una prima mensual de \$139.90
- \$107,001 - \$160,000, pagará una prima mensual de \$199.80
- \$160,001 - \$214,000 pagará una prima mensual de \$259.70
- Más de \$214,000, pagará una prima mensual de \$319.70

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. Se puede hacer una excepción si usted, su cónyuge o un familiar (si usted está discapacitado) aún trabaja y está cubierto por un plan de grupo a través de ese empleador. En ese caso, usted puede inscribirse en la Parte B durante un período especial de inscripción y no pagará la multa por inscripción tardía.

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

Lo que usted paga por los servicios de la Parte B

- Si tiene el Medicare Original usted paga:
 - En el 2012 un deducible anual de \$140
 - Un coseguro del 20% por la mayoría de los servicios
- Algunos programas pueden ayudarle con estos gastos
- Si usted no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, tal vez tenga que pagar una prima más cara hasta que cumpla 65 años.

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

30

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 enero. En 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.

Si usted no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, tal vez tenga que pagar una prima más cara hasta que cumpla 65 años.

La “asignación”

- Si el médico, proveedor o abastecedor **acepta la “asignación”**
 - Firmó un acuerdo con Medicare
 - O debe por ley
 - Aceptar la cantidad aprobada por Medicare
 - Como pago total por los servicios
 - Sólo le puede cobrar el deducible/coseguro
 - Le mandan la reclamación directamente a Medicare
- Los proveedores que no aceptan la “asignación”
 - Pueden cobrarle más (15% de sobrecargo)
 - Tal vez tenga que pagar el precio total del servicio al momento de recibirlo

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

31

La “asignación” significa que su médico, proveedor o abastecedor ha firmado un acuerdo con Medicare (o está obligado por ley) a 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.

Si su médico, proveedor o abastecedor no acepta la “asignación”

- Tal vez tenga que pagar el precio total del servicio al momento de recibirlo, y luego enviar el reclamo a Medicare con el formulario CMS-1490S para su reembolso. Visite www.medicare.gov/medicareonlineforms para obtener el formulario y las instrucciones, o llame al 1-800-MEDICARE.
- Podrían cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare (“cargo límite” o sobrecargo). El sobrecargo puede ser hasta un 15% más. El sobrecargo solo se aplica a ciertos servicios y no se aplica al equipo médico duradero ni algunos insumos.

Advertencia: Si usted obtiene algún medicamento cubierto por la Parte B o algún insumo de un proveedor o farmacia que no participa en Medicare, tendrá que enviarle el reclamo a Medicare usted mismo. Por lo general los médicos o proveedores son los que envían los reclamos a Medicare. Para las tiras reactivas a la glucosa, todas las farmacias y abastecedores deben presentar el reclamo y no pueden cobrarle por hacerlo. Para localizar a los proveedores y abastecedores que aceptan la asignación y participan en Medicare, visite <http://www.medicare.gov/find-a-doctor/provider-search.aspx> o llame al 1-800-MEDICARE.

Plan de Salud Grupal Grande (LGHP) y Medicare para las personas discapacitadas

- Derecho a Medicare por su discapacidad y
 - Está trabajando y tiene la cobertura de un plan de salud grupal grande (LGHP) de su empleador o
 - Del LGHP de su cónyuge
 - O de otro familiar
- Medicare paga en segundo lugar
 - Si el empleador tiene 100 o más empleados o
 - Es un empleado autónomo y tiene la cobertura de un LGHP de un empleador que tiene 100 o más empleados

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

32

Medicare paga en segundo lugar si el beneficiario tiene menos de 65 años, está inscrito en Medicare por su discapacidad y está cubierto por un plan de salud grupal de empleador grande (LGHP), de su empleador actual o de su cónyuge u otro familiar. En este caso, el empleador debe tener 100 empleados o más.

Medicare también paga en segundo lugar si el beneficiario tiene menos de 65 años y está inscrito en Medicare por su discapacidad y es un empleado autónomo o su familiar es un empleado autónomo y está cubierto por un LGHP de un empleador que tiene 100 o más empleados.

Si cualquier empleador de un plan de empleadores múltiples tiene 100 o más empleados, Medicare será el pagador secundario para todos; incluidos a los beneficiarios de empleadores con menos de 100 empleados (del plan de empleadores múltiples).

Planes médicos para jubilados

- Medicare paga primero
- El plan de jubilado paga en segundo lugar
 - Podrían ofrecerle más beneficios
 - La cobertura de las recetas médicas
 - Examen dental de rutina
 - Lea los documentos del plan
 - Cobertura para los cónyuges
 - El empleador/sindicato puede cambiar los beneficios, las primas o cancelar la cobertura

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

33

Por lo general, Medicare paga primero y su cobertura de jubilado lo hará en segundo lugar. La cobertura de jubilado podría pagar algunos servicios que Medicare no cubre y puede ofrecer más beneficios como el cuidado dental de rutina. Los beneficiarios que no estén seguros sobre cómo funciona la cobertura de jubilado con Medicare, deben leer los documentos del plan del empleador o sindicato. Los trabajadores que estén por jubilarse deben averiguar si la cobertura de su empleador puede continuar una vez que se jubilen, cuánto tendrán que pagar y cuáles son los beneficios para ellos y sus cónyuges. También tiene que saber cómo influirá la continuación de la cobertura cuando se jubile en la cobertura médica suya y de su cónyuge.

La cobertura de jubilado brindada por un empleador o sindicato puede tener un límite para el monto que paga. También puede brindar cobertura para “minimizar las pérdidas”, un límite para el gasto de su bolsillo. Usted puede llamar a su administrador de beneficios y preguntarle cómo paga el plan si usted tiene Medicare.

Recuerde que el empleador o sindicato controla la cobertura médica que les ofrece a sus jubilados y puede cambiar los beneficios, las primas o cancelar el seguro médico.

Más adelante hablaremos sobre el Seguro Médico para los Empleados Federales

AVISO: Medicare pagará en segundo lugar para los jubilados que tienen Medicare porque padecen de ESRD, durante los 30 meses de la coordinación de los beneficios.

Lo que las Partes A y B NO cubren

- El cuidado a largo plazo
- El cuidado dental de rutina
- Dentaduras
- Cirugía estética
- Acupuntura
- Aparatos de asistencia auditiva y los ajustes para colocarlos
- Otros – consulte www.medicare.gov
- Algunos puede ser cubiertos por Medicaid

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

34

Las Partes A y B de Medicare no cubren todos los servicios. Si usted necesita algún servicio que Medicare no cubre, tendrá que pagarla 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 las 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 brindarse en la casa, en la comunidad, en instalaciones de vida asistida o en una residencia para ancianos. Es importante empezar a planificar el cuidado a largo plazo ya mismo para mantener su independencia y asegurarse de obtener el cuidado que pudiera necesitar en el futuro.

Para averiguar si Medicare cubre un servicio que usted necesita, visite www.medicare.gov o haga clic en “Lo que Medicare cubre” o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deberían llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué es Medigap?

- Son pólizas vendidas por compañías privadas
- Para cubrir los servicios que el Medicare Original no cubre
 - Los deducibles, coseguro y copagos
- Son planes estandarizados en todos los estados menos en tres
 - Minnesota, Massachusetts, Wisconsin
- Todos los planes con la misma letra ofrecen la misma cobertura
 - Sólo varían los precios

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

35

Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) es un seguro médico privado que solamente cubre al titular de la póliza, no al cónyuge. Las pólizas Medigap son vendidas por compañías privadas para complementar al Medicare Original (ayudan a pagar lo que el Medicare Original no cubre- como los deducibles, copago o coseguros).

- Pagan 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 el plan Medigap que tenga, podría cubrir ciertos servicios que Medicare no cubre.
- Deben cumplir las leyes federales y estatales promulgadas para protegerlo.

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 los pueda comparar fácilmente. Cada plan ofrece un conjunto diferente de beneficios que son los mismos para un plan identificado con la misma letra, cualquiera que sea la compañía que los venda. Es importante que compare las pólizas porque los precios pueden variar. (Nota: cada compañía decide cuáles son los planes que desea vender y el precio de cada plan, previa evaluación y aprobación del estado).

Las pólizas Medigap solamente trabajan con el Medicare Original (no con los planes Medicare Advantage (MA) u otros planes de Medicare). Es ilegal que le traten de vender una póliza Medigap si usted

- Está inscrito en un plan MS (a menos que su cobertura esté terminando).
- Tiene Medicaid (a menos que Medicaid pague por su póliza Medigap o si paga solamente la prima de la Parte B de Medicare).
- Ya tiene una póliza Medigap (a menos que la cancele).

Si se inscribe en un plan MA o en otro plan de Medicare, tal vez le convenga cancelar su póliza Medigap. Inclusive si usted tiene derecho a quedársela, no podrá pagar por los beneficios de los planes MA ni de otro Medicare plan, ni los costos compartidos de dichos planes.

Medigap para las personas discapacitadas

- Si usted tiene menos de 65 años y está discapacitado
 - La ley federal no obliga a las compañías de seguro a que le vendan una póliza Medigap
 - Si la hubiera, sus opciones de planes serían limitadas
 - O tal vez tenga que esperar hasta que cumpla 65 años
- Algunos estados obligan a las compañías a que les vendan una póliza Medigap
 - Aun si usted tiene menos de 65 años

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

36

Cuando se imprimió este módulo, los estados siguientes obligaban a las compañías de seguro a venderles por lo menos una póliza Medigap a los beneficiarios de Medicare menores de 65 años: California*, Colorado, Connecticut, Delaware**, Florida , Georgia, Hawaii, Illinois, Kansas, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts*, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, South Dakota, Tennessee, Texas, Vermont*, Wisconsin

*No hay una póliza Medigap disponible para las personas que tienen ESRD y son menores de 65 años.

** Hay una póliza Medigap disponible solamente para las personas que tienen ESRD.

Inclusive si su estado no figura en la lista arriba, algunas compañías podrían venderles voluntariamente, una póliza a las personas menores de 65 años. Es posible que le cueste más que lo que le costaría a un beneficiario mayor de 65 años y que para vendérsela evalúen su historial médico de riesgo (*medical underwriting*). Fíjese cuáles son sus derechos de acuerdo con la ley de su estado.

Recuerde, si usted ya está inscrito en la Parte B, le otorgarán un período de inscripción abierta para Medigap cuando cumpla 65 años. En ese momento probablemente tendrá una opción de planes Medigap más amplia y podrá pagar una prima menor. Durante este período, las compañías de seguro no pueden negarse a venderle una póliza Medigap por su discapacidad o cualquier otro problema de salud, ni cobrarle una prima más cara (por su problema de salud) de la que le cobran a las personas de 65 años.

La cobertura de las Partes A y/o B de Medicare es considerada cobertura válida o autorizada. Si usted ha tenido Medicare por más de seis meses antes de cumplir 65 años, no tendrá que esperar para que cubran sus condiciones preexistentes

Ejercicio

El Medicare Original le brinda la cobertura médica de su estado.

1. Cierto
2. Falso

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

37

Ejercicio

El Medicare Original le brinda la cobertura médica de su estado.

1. Cierto
2. Falso

Respuesta: 2. Falso.

El Medicare Original es un programa federal administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Ejercicio

Las pólizas Medigap tal vez no estén disponibles para algunas personas discapacitadas.

1. Cierto
2. Falso

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

38

Ejercicio

Las pólizas Medigap tal vez no estén disponibles para algunas personas discapacitadas.

1. Cierto
2. Falso

Respuesta: 1. Verdadero

La ley federal no obliga a los estados a que les vendan una póliza Medigap a las personas menores de 65 años.

Ejercicio

Si una persona tiene derecho a Medicare por su discapacidad, la multa por inscripción tardía se cancelará cuando cumpla 65 años.

1. Cierto
2. Falso

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

39

Ejercicio

Si una persona tiene derecho a Medicare por su discapacidad, la multa por inscripción tardía se cancelará cuando cumpla 65 años.

1. Cierto
2. Falso

Respuesta: 1. Verdadero

A una persona elegible para Medicare por una discapacidad, se le cancelará la multa por inscripción tardía cuando cumpla 65 años, porque ya no será elegible por su discapacidad sino por su edad.



Planes Medicare Advantage (Parte C)

- Opciones de planes médicos aprobados por Medicare
- Administrados por empresas privadas
- Medicare paga una cantidad fija por la atención médica de cada beneficiario
- Es otra forma de obtener la cobertura de Medicare
- Es parte del programa Medicare
- Usted debe tener las Partes A y B para inscribirse
- Tal vez tenga que usar los médicos u hospitales que pertenezcan a la red del plan
- No puede inscribirse si padece de ESRD (con unas pocas excepciones)



04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

40

Los Planes Medicare Advantage conocidos como la Parte C, son planes médicos aprobados por Medicare y ofrecidos por empresas privadas.

Los planes reciben un pago fijo de Medicare para brindarles a sus miembros los servicios médicos que necesiten.

Son otra forma de obtener la cobertura de Medicare.

Son parte del programa Medicare.

Para inscribirse en un plan MA usted debe tener las Partes A y B.

Si se inscribe, tal vez tenga que usar los médicos y hospitales que pertenezcan a la red del plan.

Si usted padece de ESRD, no podrá inscribirse en un plan MA (hay unas pocas excepciones).

¿Cómo funcionan los planes MA?

- Usted sigue en el programa Medicare
 - Por lo tanto tiene todos los derechos y protecciones
- Continuará recibiendo los servicios de las Partes A y B
- El plan puede incluir la cobertura de las recetas médicas
- Puede incluir más beneficios como los de la vista y los servicios dentales
- Los beneficios y los costos compartidos pueden ser distintos
- Hay distintos tipos de planes, como los HMO o PPO



04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

41

Si usted se inscribe en Medicare Advantage

- Sigue en el programa Medicare y tiene todos los derechos y protecciones
- Continuará recibiendo los servicios de las Partes A y B
- El plan tal vez le ofrezca la cobertura de las recetas médicas
- Puede obtener servicios adicionales como los de la vista y dentales
- Paga distintos precios y puede tener beneficios diferentes
- La inscripción podría ser limitada para los que padecen de ESRD
- Medicare Advantage incluye distintos planes como los HMO o PPO.

¿Cuánto cuestan los planes MA?

- Usted tiene que seguir 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
- Debe pagar los deducibles/coseguro/copagos
 - Los costos son distintos que los del Medicare Original
 - Varían según el plan
 - Pueden ser más caros si se atiende con proveedores que no pertenecen a la red del plan

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

42

Si se inscribe en un plan MA, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. La prima que paga en el 2012 por la Parte B es \$99.90.

- Algunos planes pueden ayudarle a pagar parte o toda la prima
- Algunos beneficiarios podrían recibir ayuda estatal

Si se inscribe en un plan MA tal vez tenga que pagar también la prima del plan, los deducibles, coseguro y copagos. Estos costos pueden ser distintos de los que paga en el Medicare Original dado que varían según el plan que escoja.

- Algunos Los costos son distintos que los del Medicare Original
- Varían según el plan
- Pueden ser más caros si se atiende con proveedores que no pertenecen a la red del plan

¿Cuándo pueden las personas discapacitadas inscribirse o cambiar de plan MA?

- Período Inicial de Inscripción
 - 3 meses antes del mes número 25 de sus beneficios por discapacidad
 - Inmediatamente si padece de ALS
- Le otorgarán otro IEP cuando cumpla 65 años
- Período de Inscripción Abierta
 - Del 15 de octubre al 7 de diciembre
 - La cobertura se inicia el 1 de enero del año siguiente
- Período Especial de Inscripción
 - Si se muda fuera del área de servicio del plan y ya no puede permanecer en el plan
 - El plan se retira del programa Medicare
 - En otras situaciones especiales

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

43

Usted puede inscribirse en un plan MA cuando es elegible para Medicare por primera vez, durante su Período Inicial de Inscripción, que comienza tres meses antes de su elegibilidad para las Partes A y B; o durante el Período de Inscripción Abierta y en ciertas circunstancias, durante el Período Especial de Inscripción.

Usted solamente puede inscribirse en un plan MA a la vez y por lo general es por un año.

Puede cambiarse a otro plan MA o regresar al Medicare Original durante el Período de Inscripción Abierta del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período Especial de Inscripción (SEP) en un plan de cinco (5) estrellas

- Se puede inscribir en un plan MA, MA-PD o PDP de cinco estrellas
- En cualquier momento del año
 - Una vez al año
- La cobertura empieza el primer día del mes siguiente a su inscripción
- Las calificaciones se colocan en el Buscador de planes el 1 de octubre
 - Se actualizan cada año

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

44

CMS también ha creado un SEP para que usted pueda inscribirse en un plan MA de cinco estrellas en cualquier momento del año. Los parámetros generales de este SEP son:

- Para este SEP, el MA, MAPD, o PDP debe haber obtenido una calificación de 5 estrellas para el Período de Inscripción Abierta de 2011, independientemente de la calificación usada para el pago de los bonos del 2012.
- Actualmente, el nuevo SEP solo se puede usar para inscribirse en MA o MAPD de 5 estrellas o en un plan individual de la Parte D de 5 estrellas.
- Los individuos serán elegibles para este SEP si están inscritos en un plan MA o en el Medicare Original pero son elegibles para inscribirse en un plan MA. Aviso: los beneficiarios elegibles que ya estén inscritos en un plan MA de 5 estrellas **pueden** cambiarse a otro plan MA de 5 estrellas durante este SEP.

La cobertura empieza el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su solicitud. Una vez que se inscriba en un plan de 5 estrellas su SEP se termina por el resto del año y el beneficiarios solamente podrá hacer cambios durante los períodos correspondientes (por ejemplo durante el OEP u otro SEP válido). Los beneficiarios podrán inscribirse en un plan de 5 estrellas directamente a través del plan, llamando al 1-800-MEDICARE o en www.medicare.gov.

Los planes que han recibido una calificación de 5 estrellas tendrán que aceptar las solicitudes durante este SEP, del modo que lo hacen con cualquier SEP o inscripción inicial para los recientemente elegibles a menos que el plan haya cerrado la inscripción porque CMS considera que ha llegado al límite de su capacidad.

Para obtener información sobre las calificaciones, visite www.medicare.gov y compare los planes.

¿Cuándo puede cancelar su plan MA?

- Usted puede cancelar un plan MA entre el 1 de enero y el 14 de febrero
 - Puede regresar al Medicare Original
 - La cobertura comienza el primer día del mes en que cancela su plan MA
- Si hace el cambio, también podrá inscribirse en un plan de la Parte D
 - Entre el 1 de enero y el 14 de febrero
 - La cobertura de las recetas médicas comienza el primer día del mes
 - Despues de que el plan reciba su solicitud
- Durante este período no puede inscribirse en otro plan MA
 - Puede abandonar el plan durante el primer año de prueba

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

45

Usted puede inscribirse en un plan MA cuando es elegible para Medicare por primera vez, durante su Período Inicial de Inscripción, que comienza tres meses antes de su elegibilidad para las Partes A y B; o durante el Período de Inscripción Abierta y en ciertas circunstancias, durante el Período Especial de Inscripción.

Solamente puede inscribirse en un plan MA a la vez y la inscripción por lo general es por un año.

Usted puede cambiarse a otro plan MA o regresar al Medicare Original durante el Período de Inscripción Abierta entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

- **Nuevo:** Si está inscrito en un plan MA, puede cambiarse al Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero. Si regresa al Medicare Original durante este período, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en la que hizo el cambio.
- Para cancelar su plan MA y regresar 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 hace el 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.

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



La cobertura de Medicare de las recetas médicas (Parte D)



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

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

46

La cobertura de Medicare de las recetas médicas, conocida como la Parte D está disponible para todos los beneficiarios de Medicare.

La cobertura la ofrecen los planes Medicare de medicamentos recetados, los planes MA y otros planes de Medicare.

Los planes de la Parte D deben ofrecer una gama de medicamentos en cada categoría.

¿Quién puede inscribirse en la Parte D?

- Las personas que tienen las Partes A y/o B
- Viven en el área de servicio del plan
- No viven fuera de los Estados Unidos
- Ni estan en prisión
- Debe inscribirse en un plan de la Parte D
 - En la mayoría de los casos la inscripción no es automática
 - Deben llenar una solicitud

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

47

La Parte D está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Usted debe tener la Parte A, la Parte B o ambas.

Tiene que vivir en el área de servicio del plan.

No puede vivir fuera de los Estados Unidos.

Ni estar en prisión.

En la mayoría de los casos debe inscribirse llenando una solicitud. Algunas personas con ingresos y recursos limitados serán inscritas automáticamente.

¿Cuándo puede el discapacitado inscribirse o cambiar de plan de recetas médicas?

- Se le enviará el paquete de inscripción inicial
 - 3 meses antes del mes 25 de sus beneficios por discapacidad
 - Si padece de ALS, 4 semanas después de su elegibilidad para Medicare
 - Le otorgarán otro IEP cuando cumpla 65 años
- Período Anual de Inscripción
 - Del 15 de octubre al 7 de diciembre
 - La cobertura se inicia el 1 de enero del año siguiente
- Período Especial de Inscripción
 - En otras situaciones especiales
 - Recuerde que si tiene una discapacidad, no podrá comprar una póliza Medigap
- Período Especial de Inscripción en un plan de 5 estrellas

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

48

Las personas pueden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando son elegibles para Medicare por primera vez, por ejemplo, durante el Período Inicial de Inscripción que comienza 3 meses antes de la fecha en la que son elegibles para las Partes A y B. Una vez que se haya inscrito en un plan de medicamentos recetados debe quedarse en el plan por el resto del año.

Los beneficiarios pueden inscribirse en un plan de la Parte D durante el Período Anual de Inscripción Coordinada, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. También pueden cambiar de plan de la Parte D durante el Período Anual de Elección Coordinada.

Entre el 1 de enero y el 14 de febrero, usted puede cancelar su plan MA y cambiarse al Medicare Original. Si lo hace, también podrá inscribirse en un plan de la Parte D para agregar la cobertura de las recetas médicas. La cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan haya recibido el formulario de inscripción.

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

¿Qué es la “Ayuda Adicional”?

- Es la ayuda que puede obtener para pagar por la cobertura de las recetas médicas
- La determinación la hace el Seguro Social o su estado
- Algunas personas la reciben automáticamente
 - Los que tienen tanto Medicare como Medicaid
 - Los que reciben solamente la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 - Los que participan en los Programas de Ahorros de Medicare
- Usted u otra persona en su nombre puede solicitarla

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

49

Los beneficiarios de Medicare con ingresos y recursos limitados podrían recibir la “Ayuda Adicional” para pagar por la cobertura de sus recetas médicas. Para recibirla, usted tiene que estar inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados. Puede solicitarla a través del Seguro Social o del programa Medicaid de su estado. Cuando lo haga, le pedirán información sobre sus ingresos y recursos y le harán firmar una declaración sobre la veracidad de la información proporcionada. El Seguro Social cotejará la información con la de los archivos del Servicio de Rentas Internas y de otros fuentes. Si necesitan más información se pondrán en contacto con usted.

Cuando la solicite, si cumple los requisitos, le mandarán una carta avisándole que se la han otorgado.

Ciertos grupos de beneficiarios la recibirán automáticamente y no tendrán que solicitarla:

- Los beneficiarios que tienen Medicare y los beneficios completos de Medicaid (incluida la cobertura de las recetas médicas)
- Los beneficiarios que tienen Medicare y reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) solamente
- Las personas que reciben ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare (participan en un Programa de Ahorros de Medicare)

Todos los otros beneficiarios de Medicare tienen que solicitarla. Usted puede hacerlo llenando una solicitud impresa, electrónicamente en socialsecurity.gov, a través de su oficina estatal de Medicaid o de una organización local . Usted o alguien en su nombre puede solicitarla.

Para solicitarla

- **Solicítela si cree que cumple los requisitos**
 - Fíjese en las pautas locales
 - Junte sus documentos personales
 - Comuníquese con las agencias locales para obtener más información
 - SSA
 - Oficina Estatal de Ayuda Médica
 - Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)
 - Llene la solicitud

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

50

Lo que puede hacer para averiguar si cumple los requisitos para obtener ayuda con sus gastos de Medicare:

- Primero, fíjese en los límites para los ingresos y recursos para su zona.
- Si piensa que cumple los requisitos, junte los documentos personales requeridos para solicitar la ayuda. Usted necesitará:
 - La tarjeta de Medicare
 - Prueba de identidad
 - Comprobante de residencia
 - Comprobante de ingresos (cheque de la pensión, pagos del Seguro Social, etc.)
 - Estados de cuenta bancario recientes
 - Títulos de propiedad
 - Pólizas de seguro
 - Estados financieros correspondientes a los bonos o acciones que tenga
 - Comprobante de las pólizas de entierro y funeral
- Usted puede obtener más información comunicándose con su oficina estatal de ayuda médica, su programa SHIP o su Agencia local de envejecimiento.
- Por último, llene la solicitud en su oficina Estatal de Ayuda Médica.



Otros programas

- Medicaid
 - Las exenciones de Medicaid
- Los Programas Medicare de Ahorros
- Los Planes para Condiciones Preexistentes

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

51

Hay otros programa que pueden ayudar a las personas discapacitadas a pagar por los servicios médicos y los medicamentos. Ellos incluyen:

- Medicaid (y las exenciones de Medicaid)
- Los Programas Medicare de Ahorros
- Los Planes para Condiciones Preexistentes



¿En qué difieren Medicare y Medicaid?

Medicare	Medicaid
Es un programa nacional que no varía en todo el país	Programas estatales que varían en cada estado
Administrado por el gobierno federal	Administrado por los gobiernos estatales siguiendo los reglamentos federales (programa estatal y federal)
La elegibilidad está basada en la edad, discapacidad o en su Enfermedad Renal Terminal (ESRD)	La elegibilidad está basada en su necesidad; con requisitos financieros y no financieros
Es el programa principal de toda la nación para la cobertura de los servicios de internación en el hospital para los ancianos y los que padecen de ESRD.	El pagador público principal de la nación, de los servicios de salud agudos, la salud mental y el cuidado a largo plazo. care services
04/2/2012	Medicare para las personas discapacitadas
	52

Medicare y Medicaid difieren en las maneras siguientes:

- Medicare es un programa nacional uniforme en todo el país, mientras que Medicaid es un programa estatal que varía en cada estado.
- Medicare está administrado por el gobierno federal, mientras que Medicaid está administrado por los estados siguiendo los reglamentos federales (es un programa conjunto federal y estatal).
- La elegibilidad para Medicare está basada en la edad, una discapacidad o su Enfermedad Renal Terminal (ESRD). La elegibilidad para Medicaid está basada en sus ingresos y recursos.
- Medicare es el pagador principal de la nación, para todos los servicios de internación en el hospital para los ancianos y las personas que padecen de ESRD, Medicaid es el pagador público principal de la nación para los servicios de salud agudos, los servicios de salud mental y el cuidado a largo plazo.

Las exenciones de Medicaid

- Los estados usan estas exenciones para probar maneras existentes y nuevas
 - De brindar los servicios médicos
 - Pagar por ellos
 - Tal vez no cumplan ciertas normas federales
- Tipos de exenciones
 - Sección 1115 Investigación y programas piloto
 - Sección 1915(b) Libertad de elección
 - Sección 1915(c) Servicios en el hogar y en la comunidad

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

53

Las exenciones de Medicaid les permiten a los estados que reciban fondos federales equivalentes para sus gastos que de otro modo no estarían cubiertos, aun si ya no cumplieran ciertos requisitos o limitaciones impuestas por el estatuto federal de Medicaid.

Las exenciones permiten que los estados tengan otras alternativas para brindar los servicios médicos distintas al Medicaid tradicional.

- Sección 1915(b), exenciones —los estados pueden limitar las opciones de proveedores que de otro modo, hubieran tenido los beneficiarios de Medicaid.
- Exenciones al Programa como la exención 1915(c) para los servicios en el hogar y en la comunidad— los estados pueden recibir fondos federales equivalentes por los servicios para los que de otro modo no estarían disponibles.
- Exenciones a los programas piloto, como la exención a la Sección 1115—los estados pueden recibir fondos federales equivalentes si cubren cierta categorías de individuos para los que de otro modo, no estarían disponibles.

Sección 1115

Exenciones para la investigación y programas piloto

- Los estados pueden solicitarle al programa cierta flexibilidad
 - Para poner a prueba enfoques nuevos o existentes, para financiar y brindar los servicios de Medicaid y CHIP
 - Deben ser “presupuestariamente neutrales” para el gobierno federal
 - Por lo general la exención se aprueba por 5 años
 - Las renovaciones generalmente se aprueban por 3 años
 - La Ley de Atención Médica Asequible estipula que se haga una revisión transparente
 - La información debe estar disponible a nivel estatal y federal

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

54

Requisitos de neutralidad presupuestaria- Las exenciones deben ser “presupuestariamente neutrales” para el gobierno federal. El estado debe demostrar que durante la duración de la exención, los gastos federales de Medicaid no excederán las cantidades que el gobierno federal hubiera gastado sin la exención.

Período de aprobación- Las exenciones por lo general se aprueban por 5 años, pero los estados pueden pedir la renovación y extenderla, si se aprueba la renovación generalmente es por 3 años.

Transparencia - La Ley de Atención Médica Asequible de 2010 requiere un proceso de revisión transparente para las exenciones 1115. La última normativa vigente desde el 27 de abril de 2012, establece un proceso que garantiza la participación pública en el desarrollo, revisión y aprobación (así como la renovación) de las exenciones a la sección 1115. La normativa final establece ciertos parámetros para que la información sobre las solicitudes y aprobaciones para Medicaid y Chip y los programas piloto esté disponible públicamente, a nivel estatal y federal.

El Programa “*Money Follows the Person*” (MFP)

- Un proyecto piloto establecido en el 2005
- Le ayuda en la transición de una dependencia de cuidado a largo plazo a su comunidad
- Aumenta los fondos para los estados participantes
- Desde el 2011 están participando 43 estados y el Distrito de Columbia
- La mayoría de los participantes tienen menos de 65 años

Entre la primavera del 2008 y diciembre de 2010, cerca de 12,000 personas regresaron a sus comunidades gracias a los programas MFP .

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

55

El Programa *Money Follows the Person* fue establecido por el Congreso por medio de la Ley de Reducción del Déficit de 2005 (DRA).

Les brinda a los estados la oportunidad de ayudar a los beneficiarios de Medicaid que hayan vivido en una institución de cuidado a largo plazo por lo menos por seis meses, a regresar a sus comunidades.

Los estados reciben fondos federales equivalentes mejorados para que el programa Medicaid los gaste en servicios para el hogar y la comunidad para los beneficiarios que participen en el programa MFP.

En el 2007 CMS les otorgó subsidios a 31 estados. Los estados participantes en el programa MFP son: AR, CA CO, CT, DE, FL, GA, HI, IA, ID, IL, IN, KS, KY, LA, MA, MD, ME, MI, MN, MO, MS, NC, ND, NE, NH, NJ, NM, NV, NY, OH, OK, OR, PA, RI, SC, TN, TX, VA, VT, WA, WI, WV y el Distrito de Columbia.

Desde junio de 2010, el grupo mayoritario de participantes en el MFP está formado por personas discapacitadas menores de 65 años.

Si desea más información sobre el programa *Money Follows the Person*, visite www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Long-Term-Services-and-Support/Balancing/Money-Follows-the-Person.html.

1915 (b) Exenciones para el cuidado administrado

- Permiten el cuidado administrado en el programa Medicaid
 - [1915(b)(1)] – Implementa un sistema de cuidado administrado que limita el tipo de proveedores que pueden usar las personas para obtener los beneficios de Medicaid
 - [1915(b)(2)] – Permite que un condado o gobierno local actúe como asesor de opciones o agente de inscripción, para ayudarle al beneficiario a escoger un plan de cuidado administrado
 - [1915(b)(3)] – El uso de los ahorros que el estado recibe por el sistema de cuidado administrado, para proporcionar más servicios
 - [1915(b)(4)] – Limita el número o el tipo de proveedores que brinden servicios de Medicaid específicos (como el control de enfermedades o el transporte)

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

56

1915 (b) Exenciones para el cuidado administrado

Permite el cuidado administrado en el programa Medicaid

- [1915(b)(1)] - Implementa un sistema de cuidado administrado que limita el tipo de proveedores que pueden usar las personas para obtener los beneficios de Medicaid
- [1915(b)(2)] - Permite que un condado o gobierno local actúe como asesor de opciones o agente de inscripción, para ayudarle al beneficiario a escoger un plan de cuidado administrado
- [1915(b)(3)] - El uso de los ahorros que el estado recibe por el sistema de cuidado administrado, para proporcionar más servicios
- [1915(b)(4)] - Limita el número o el tipo de proveedores que brinden servicios de Medicaid específicos (como el control de enfermedades o el transporte)

1915 (c) Exenciones para servicios en el hogar o en la comunidad

- Proporciona servicios de cuidado a largo plazo en el hogar o en su comunidad (HCBS) a través de Medicaid
 - Servicios médicos estándar
 - Por ejemplo, gestión del caso, asistente de salud para el hogar, asistente para cuidado personal y servicios de guardería diurna para adultos
 - Servicios que no son médicos
 - Por ejemplo, ayuda con la transición de una dependencia de cuidado a largo plazo a sus hogares o comunidades

La decisión de la Corte Suprema de 1999 Olmstead vs. L.C. afirmó el derecho de los individuos discapacitados a recibir prestaciones públicas y servicios en el ambiente integrado que sea el más apropiado para sus necesidades.

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

57

Sección 1915 (c), exenciones para HCBS – Las exenciones a la sección 1915(c) son una de las tantas opciones que tienen los estados para permitir que se proporcionen servicios de cuidado a largo plazo en los hogares o en la comunidad, bajo el programa Medicaid. Los estados pueden ofrecer una variedad de servicios a través del programa de exención para HCBS. Los programas pueden brindar una combinación de servicios médicos y no médicos. Los servicios médicos estándar incluyen, pero no se limitan a: gestión de casos (apoyo y coordinación), ayuda con las tareas del hogar, auxiliar para el hogar, ayuda con el cuidado personal, cuidados diurnos para adultos y cuidado de relevo. Los estados pueden proponer otros servicios que puedan ayudarle en la transición de la dependencia de cuidado a largo plazo a su hogar o a su comunidad.

En la decisión de la Corte Suprema de 1999 Olmstead vs. L.C. se afirmó el derecho de los individuos discapacitados a recibir beneficios públicos y servicios en el ambiente integrado que responda mejor a sus necesidades. La decisión sobre Olmstead vs. L.C. fue una interpretación del Título II de la Ley para Estadounidenses Discapacitados (ADA) y dio curso a la implementación de dichas normas. Medicaid puede ser un recurso importante para ayudar a los estados a cumplir los requisitos estipulados por ADA. El programa de exención para HCBS especialmente es una opción para que los estados brinden servicios de cuidado a largo plazo en sus hogares o en sus comunidades para los beneficiarios elegibles para Medicaid.

Cuarenta y ocho estados y el Distrito de Columbia ofrecen servicios a través de las exenciones para HCBS, y Arizona tiene un programa similar bajo la sección 1115 sobre investigaciones y programas piloto. El gobierno federal no limita el número de programas de exenciones para HCBS que los estados pueden operar al mismo tiempo, y actualmente hay 287 programas de exención HCB activos en todo el país.

Exenciones para los servicios en el hogar y en la comunidad

- Los familiares y amigos pueden ser los proveedores de los servicios incluidos en la exención
 - Si cumple los requisitos
 - Por lo general no pueden ser los cónyuges o padres de niños menores

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

58

Los familiares y amigos pueden ser proveedores de los servicios exentos si cumplen los requisitos. Sin embargo, generalmente a los cónyuges y los padres de niños menores no se les puede pagar como proveedores de servicios exentos.

Los estados pueden, a discreción, escoger la cantidad de consumidores a los que desean servir en el programa de exención para HCBS. Una vez que CMS los haya aprobado, el estado debe servir al número de personas mencionadas en la solicitud pero tiene la flexibilidad de atender a más o menos consumidores pero tiene que presentar una enmienda que debe ser aprobada por CMS.

La agencia estatal Medicaid debe enviarle a CMS una solicitud para la exención para que la revise y apruebe, y la agencia Medicaid es responsable por el programa, aunque puede delegar la gestión diaria a otra entidad. Las exenciones para HCBS iniciales son aprobadas por tres años y pueden renovarse por intervalos de cinco años. Según las directrices federales, los estados tienen la flexibilidad de desarrollar programas de exención para HCBS enfocados en las necesidades específicas de sus miembros. Estos son algunos requisitos federales para los estados que eligen desarrollar estos programas de exención:

- Demostrar que brindarles servicios exentos a los beneficiarios participantes no cuesta más que lo que constarían dichos servicios si los reciben en una dependencia de cuidado a largo plazo.
- Garantizar que se tomarán medidas para proteger la salud y bienestar de los consumidores.
- Proporcionar estándares apropiados y razonables que respondan a las necesidades de los participantes.
- Asegurarse de que los servicios serán brindados siguiendo un plan de atención.

Si desea más información visite [https://www.cms.gov/MedicaidStWaivProgDemoPGI/05_HCBSWaivers-Section1915\(c\).asp](https://www.cms.gov/MedicaidStWaivProgDemoPGI/05_HCBSWaivers-Section1915(c).asp)

Ejercicio

Los estados utilizan las exenciones de Medicaid para:

1. Probar maneras distintas de proporcionar los servicios médicos
2. Probar maneras distintas de pagar por dichos servicios
3. Ayudar a las personas en la transición de una institución de cuidado a largo plazo a sus hogares o comunidades
4. Todos los mencionados arriba

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

59

Ejercicio

Los estados utilizan las exenciones de Medicaid para:

1. Probar maneras distintas de proporcionar los servicios médicos
2. Probar maneras distintas de pagar por dichos servicios
3. Ayudar a las personas en la transición de una institución de cuidado a largo plazo a sus hogares o comunidades
4. Todos los mencionados arriba

Respuesta: 4. Todos los mencionados arriba

Las exenciones de Medicaid prueban nuevas maneras de brindar los servicios, pagarlos y de ayudar a los participantes en la transición de una institución de cuidado a largo plazo a sus hogares o comunidades.

Ejercicio

Los familiares y amigos pueden proporcionar los servicios domiciliarios y en la comunidad.

1. Cierto
2. Falso

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

60

Ejercicio

Los amigos y la mayoría de los familiares pueden brindarle los servicios domiciliarios o en su comunidad.

1. Cierto
2. Falso

Respuesta: 1. Verdadero

Los familiares y amigos pueden brindarle los servicios en su comunidad o en su hogar. Sin embargo, los cónyuge y padres de niños menores, generalmente no pueden hacerlo.



¿Qué son los Programas Medicare de Ahorros?

- Son programas de Medicaid que le ayudan a pagar los costos de Medicare
 - Pagan las primas de Medicare
 - Pueden pagar los deducibles y el coseguro
- Con frecuencia tiene límites de ingresos y recursos más altos
- Los montos para los ingresos cambian cada año
- Algunos estados ofrecen sus propios programas

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

61

Los Programas Medicare de Ahorros proporcionan ayuda de Medicaid para pagar los costos de Medicare . Pueden ayudarle a pagar las primas, deducibles y/o el coseguro.

Frecuentemente, estos programas tienen límites de ingresos y recursos más altos.

Los montos para los ingresos pueden cambiar cada año.

Algunos estados ofrecen sus propios programas.

Programas Medicare de Ahorros (2012)

Programa Medicare de Ahorros	Límite mensual de ingresos individuales *	Límite mensual de ingresos de un matrimonio*	Le ayuda a pagar
Beneficiario Calificado(QMB)	\$951	\$1,281	Las primas de la Parte A Las primas, deducibles, coseguro y copagos de la Parte B
Beneficiario de bajos ingresos(SLMB)	\$1,137	\$1,533	Solamente las primas de la Parte B
Individuo calificado (QI)	\$1,277	\$1,723	Solamente las primas de la Parte B

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

62

El programa para el Beneficiario de Medicare Calificado (QMB) fue establecido por la Ley de Cobertura Catastrófica de Medicare de 1988. Para participar en el programa usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare y tener un ingreso que no exceda el 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). La cobertura entrará en vigencia al mes siguiente de que se apruebe su participación. La elegibilidad no puede ser retroactiva. Si lo aceptan en el programa, recibirá ayuda para pagar las primas de las Partes A y B, los deducibles, coseguro y copagos.

El programa para el Beneficiario de Bajo Ingreso Especificado (SLMB) fue establecido por la Ley OBRA de 1990 que entró en vigencia el 1 de enero de 1993. Para participar en el programa usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare y tener un ingreso como mínimo del 100% del Nivel Federal de Pobreza pero que no exceda el 120% del FPL. Si califica puede obtener ayuda para pagar la prima de la Parte B.

NOTA: En el 2012, el límite de los recursos para los programas QMB, SLMB y QI es \$6,940 para un individuo y \$10,410 para un matrimonio que viven juntos y no tienen dependientes. Estos límites son ajustados el 1 de enero de cada año, de acuerdo con el índice de precios al consumidor (CPI) desde Septiembre del año anterior. Los estados deben usar los nuevos límites para los recursos al momento de determinar la elegibilidad de las personas para estos programas.

El programa para el Individuo Calificado (QI) fue establecido por la BBA de 1997. Está subvencionado en su totalidad por fondos federales. El Congreso solo le otorgó fondos limitados a cada estado. Para participar en el programa QI, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare y tener un ingreso que no exceda el 135% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Si califica para este programa y aún hay fondos disponibles en su estado, podrá obtener ayuda para pagar la prima de la Parte B.

Programa para los Discapacitados Calificados que Trabajan (QDWI)

- El estado puede pagar la prima de la Parte A
 - Si el beneficiario está discapacitado y es menor de 65 años
 - La Parte A ya no es gratis porque usted regresó a trabajar
 - Sus recursos deben ser menos de \$4,000
 - \$6,000 para una pareja
 - Algunos estados tienen otros límites
 - No puede ser elegible para Medicaid
- Comuníquese con la agencia de asistencia social local, del condado o de su estado, o con la oficina de ayuda médica

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

63

El programa para los Individuos Discapacitados Calificados que Trabajan (QDWI) paga la prima de la Parte A.

- Si usted tiene menos de 65 años, está discapacitado y ya no tiene derecho a recibir la Parte A (Seguro de hospitalización) gratis porque volvió a trabajar, tal vez sea elegible para este programa que le ayudará a pagar la prima de la Parte A.
- Para participar en el programa
 - su discapacidad debe continuar;
 - debe inscribirse en la Parte A;
 - tener ingresos limitados; y
 - sus recursos no deben exceder \$4,000 para un individuo o \$6,000 para una pareja. (El estado no tendrá en cuenta su vivienda, un automóvil y \$1500 (por persona) para gastos de entierro); y
 - no tiene que ser elegible para Medicaid
- Algunos estados pueden tener otros límites
- Para obtener más información sobre el programa QDWI, comuníquese con la agencia de asistencia social local, del condado o de su estado, o con la oficina de ayuda médica.

Para solicitar su participación

- Si piensa que es elegible para los Programas Medicare de Ahorros
 1. Fíjese en los requisitos locales
 2. Busque todos los documentos personales
 3. Comuníquese con las agencia locales para obtener información
 4. Llene la solicitud y entréguesela al programa Medicaid estatal
 - Tal vez se le conozca como Oficina Estatal de Ayuda Médica o con otro nombre

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

64

A continuación, le mencionamos lo que puede hacer si es elegible para recibir ayuda con los gastos de Medicare de su bolsillo:

1. Primero fíjese en los límites para los ingresos y recursos en su zona
2. Si cree que cumple los requisitos, busque los documentos que necesita para el proceso de solicitud.
 - Su tarjeta de Medicare
 - Comprobante de identidad
 - Comprobante de residencia
 - Comprobante de ingresos (cheques de su pensión, del Seguro Social, etc.)
 - Estados de cuenta bancarios recientes
 - Títulos de propiedad
 - Pólizas de seguro
 - Estados financieros de bonos y acciones
 - Pólizas de funeral y entierro
3. Si desea más información, comuníquese con su Oficina Estatal de Ayuda Médica, su programa SHIP local y su Agencia Local de Envejecimiento.
4. Finalmente, llene su solicitud y preséntela a su Oficina Estatal de Ayuda Médica.



Planes para Condiciones Preexistentes (PCIP)

- El PCIP cubre hasta el 2014, a las personas que no pueden obtener un seguro médico debido a una condición preexistente
- Las personas discapacitadas probablemente no tengan un seguro médico
 - El PCIP puede cubrir a las personas discapacitadas durante el período de espera de Medicare de 24 meses
- No tendrá que pagar una prima más cara por su afección
- Tampoco basa su elegibilidad en sus ingresos

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

65

Los Planes para Condiciones Preexistentes (PCIP) pueden brindarles cobertura a los beneficiarios discapacitados durante el período de espera de Medicare de 24 meses. El PCIP es un programa de “transición” porque a partir del 1 de enero de 2014, las compañías de seguro no pueden negarle la cobertura médica por sus condiciones preexistentes. El PCIP es un puente hasta el 2014 para aquellas personas discapacitadas que están en el período de espera de Medicare de 24 meses. En ese momento, los miembros del PCIP pasarán a tener la cobertura médica del intercambio de seguros controlado por el estado.

El PCIP, administrado por el estado o por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, es una opción de cobertura médica si usted ha estado sin seguro médico durante los seis últimos meses, tiene un problema de salud preexistente o le han denegado la cobertura por dicho problema y es un ciudadano de los Estados Unidos o un residente legal. Ya no necesita una carta de denegación, pero el médico debe certificar su condición.

En el 2014, usted tendrá acceso a seguros médicos a un precio asequible a través de un nuevo mercado competitivo conocido como Mercado de Seguros Médicos (Intercambio) y ya no será discriminado por su problema de salud preexistente.

El PCIP cubre una amplia gama de servicios médicos entre los que se incluyen los servicios principales y las especialidades, las hospitalizaciones y las recetas médicas. El PCIP no le cobra una prima más cara por su problema de salud preexistente ni condiciona su elegibilidad a su ingreso.

Vea la Sección 1101 de la Ley de Atención Médica Asequible. Visite www.healthcare.gov si desea más información sobre los PCIP.

¿Quién es elegible para la cobertura del PCIP?

- Los ciudadanos estadounidenses o residentes legales que tengan una condición preexistente
 - No tienen que tener una cobertura anterior aprobada
 - Para los seis meses anteriores a su solicitud
- El Programa Estatal de Ayuda al Consumidor (CAP)
 - Puede ayudarle a inscribirse
 - O a presentar una queja o apelación
- El programa lo administra
 - El estado o
 - El Departamento de Salud y Servicios Humanos

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

66

Para ser elegible para inscribirse en un Plan para Condiciones Preexistentes (PCIP), usted debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos o residente legal.

Tiene que haber estado sin seguro los seis últimos meses. Tenga en cuenta que si actualmente tiene un seguro médico que no le cubre su problema de salud o pertenece al grupo de alto riesgo de su estado, no es elegible para el PCIP.

Usted debe tener una condición anterior y le tienen que haber denegado la cobertura médica por dicho problema de salud.

Si tiene problemas para encontrar, mantener o usar su seguro médico, su estado tiene un Programa de Ayuda al Consumidor (CAP) que puede asistirlo. Su CAP puede ayudarle a inscribirse en un plan médico, presentar una queja o solicitar una apelación, y puede explicarle cuáles son sus derechos y las reformas al sistema médico. Los servicios de CAP son gratuitos. El Programa CAP hace un seguimiento de las quejas de los consumidores para identificar los problemas principales y garantizar el cumplimiento de las normas. El CAP es un programa subvencionado y puede ser una agencia estatal, o de la comunidad.

Si desea más información, visite www.pcip.gov or www.healthcare.gov

NOTA: El presentador puede incluir información sobre el CAP de un estado específico.

Los beneficios estándar del PCIP

- Servicios médicos generales y de especialidad
- Hospitalización
- Medicamentos recetados
- Cuidado domiciliario y de hospicio
- Cuidado de enfermería especializada
- Servicios preventivos y maternidad
- Si desea información sobre el PCIP, visite www.healthcare.gov

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

67

Los beneficios estándar incluyen:

- Servicios médicos generales y de especialidad
- Hospitalización
- Medicamentos recetados
- Cuidado domiciliario y de hospicio
- Cuidado de enfermería especializada
- Servicios preventivos y maternidad
- Consulte la Sección 1101 de la Ley de Atención Médica Asequible (de bajo costo)
- Si desea información sobre el PCIP, visite www.healthcare.gov

Ejercicio

Las personas discapacitadas no son elegibles para inscribirse en los planes PCIP.

1. Cierto
2. Falso

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

68

Ejercicio

Las personas discapacitadas no son elegibles para inscribirse en los planes PCIP.

1. Cierto
2. Falso

Respuesta: 2. Falso

Los planes PCIP pueden cubrir a las personas discapacitadas durante el período de espera de Medicare de 24 meses.

El PCIP les brinda cobertura a las personas que no han podido obtener un seguro médico debido a una condición preexistente.



Recursos útiles para las personas discapacitadas

- www.Disability.gov
 - www.HHS.gov
 - www.hhs.gov/ocr/civilrights/understanding/disability/
 - www.hcbs.org (Centro de información de los servicios para el hogar y de la comunidad)
 - www.healthcare.gov

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

69

www.Disability.gov – Desde julio de 2009, Disability.gov ha implementado tanto servicios de comunicación sociales como herramientas personalizadas para mejorar las experiencias de quienes acceden al sitio web. Una de las características nuevas es la de [inscribirse para crear un perfil en My Disability.gov](#), que les permitirá a los usuarios votar y comentar sobre los recursos, participar en foros y consultar otras fuentes de recursos recomendadas basándose en sus actividades en el sitio Web.

www.HHS.gov – La Oficina para Discapacitados del Departamento de Salud y Servicios Humanos (OD) controla la implementación y coordinación de los programas y políticas que mejoren la salud y el bienestar de las personas discapacitadas de todas las edades, razas y grupos étnicos. El sitio Web le ofrece una gama amplia de recursos entre los que se incluyen las noticias y actualizaciones, entrenamiento e información sobre la Iniciativa de Residencia en la Comunidad.

- El sitio Web de la Oficina de Derechos Civiles ayuda a las personas discapacitadas a entender sus derechos a no ser discriminados, proporcionándoles hojas de datos e información sobre temas específicos para el público general y los proveedores.

www.HCBS.org – El Centro de información de los servicios para el hogar y de la comunidad le permite ver más de 2,000 recursos para servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS), como los que se podían obtener en una librería. Visite <http://www.hcbs.org/>.

www.Ready.gov - Les brinda a las personas discapacitadas, consejos para planificar su supervivencia en el hogar, en un refugio o en cualquier otro lugar en caso de emergencia. Incluye muchos recursos para ayuda de emergencia a nivel federal, estatal y local.

www.healthcare.gov – Brinda información sobre sus opciones de seguro médico y los servicios preventivos.

Guía de recursos para los discapacitados

Recursos gubernamentales	Recursos sobre la industria médica	Productos de Medicare
<p>Medicare.gov www.socialsecurity.gov www.HHS.gov/od</p> <p>Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048)</p> <p>Seguro Social 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)</p> <p>Junta Ferroviaria de Retiro www_rrb_gov</p>	<p>Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)*</p> <p>Oficina Estatal de Envejecimiento</p> <p>*Para obtener los números de teléfono llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048</p>	<p><i>El Manual Medicare y Usted</i> CMS Product oNo. 10050)</p> <p>Sus Beneficios con Medicare CMS Producto No. 10116</p> <p>Para acceder a estos productos Lea y pida copias individuales en www.medicare.gov</p> <p>Pida copias múltiples (patrocinadores solamente) en productordering.cms.hhs.gov. Tiene que registrar su organización.</p>

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

70



Apéndice A

Primera ronda para las Áreas de Oferta Competitiva

California	Riverside, San Bernardino, Ontario
Florida	Miami, Fort Lauderdale, Pompano Beach
Florida	Orlando, Kissimmee
Missouri and Kansas	Kansas City
North and South Carolina	Charlotte, Gastonia, Concord
Ohio	Cleveland, Elyria, Mentor
Ohio, Kentucky, and Indiana	Cincinnati, Middletown
Pennsylvania	Pittsburgh
Texas	Dallas-Fort Worth, Arlington

Medicare para las personas discapacitadas

El cuadro le muestra la primera ronda para las Áreas de Oferta Competitiva

Apéndice A

Segunda ronda para las Áreas de Oferta Competitiva

Los nombres de las CBA para Chicago, Los Angeles, y New York MSA son:

Chicago-Joliet-Naperville, IL-IN-WI	Los Angeles-Long Beach-Santa Ana, CA	New York-Northern New Jersey-Long Island, NY-NJ-PA
Central Chicago Metro, IL	Los Angeles County, CA	Bronx-Manhattan, NY
Indiana-Chicago Metro, IN	Orange County, CA	Nassau-Brooklyn-Queens, NY
Northern-Chicago Metro, IL-WI		North-West NYC Metro, NJ
South West Chicago Metro, IL		Northern NYC Metro, NY
		Southern NY Metro, NY-NJ
		Suffolk County, NY

04/2/2012

Medicare para las personas discapacitadas

73

El cuadro le muestra los nombres de las Áreas de Oferta Competitiva para Chicago, Los Angeles y New York.

La mayoría de las MSA de la segunda ronda solo tienen un CBA. Sin embargo, las tres Zonas Metropolitanas más grandes según las estadísticas (Chicago, Los Angeles y New York) están subdivididas en varias CBA, por lo tanto hay 100 CBAs.