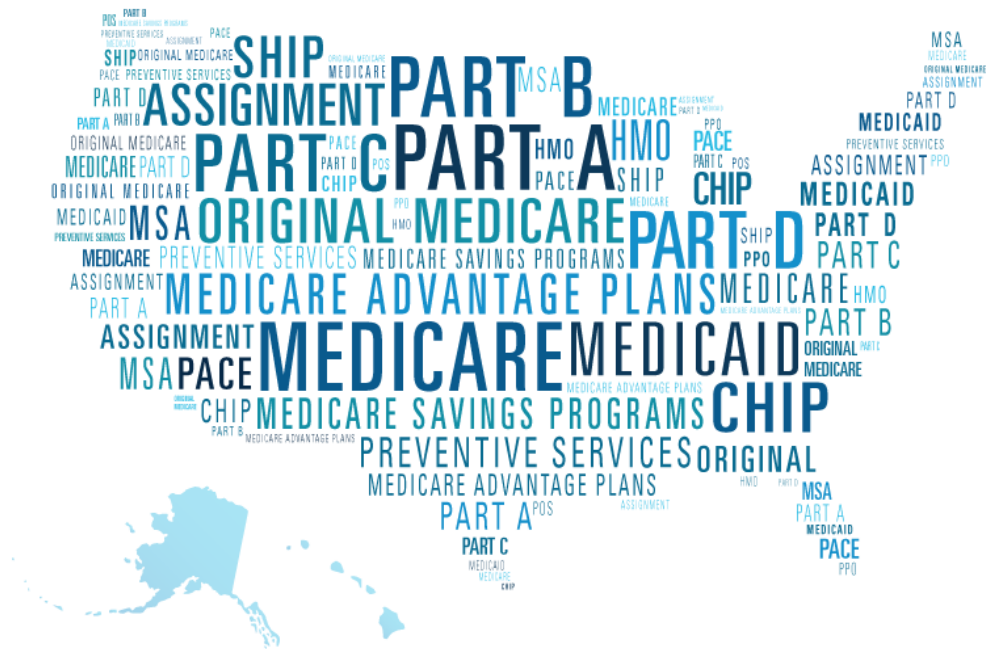


2015 National Training Program

Cuaderno de Trabajo

Módulo: 5 Coordinación de Beneficios





Programa Nacional de Capacitación 2015



Módulo 5

Coordinación de Beneficios

El módulo 5 explica la Coordinación de Beneficios cuando las personas tienen Medicare y algunos otros tipos de cobertura de salud.

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

La información en este módulo fue corregida a partir de mayo de 2015. Para confirmar si hay una versión actualizada, visite CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html.

El Programa de Capacitación Nacional de CMS ofrece este documento como recurso informativo para nuestros socios. No se trata de un documento legal ni tiene como finalidad estar dirigido a la prensa. Los medios de prensa se pueden comunicar con la Oficina de Medios de CMS a press@cms.hhs.gov. Las normas oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Panorama general de la sesión

Esta sesión debe ayudarlo a

- Explicar la coordinación de coberturas de salud y medicamentos
- Determinar quién paga primero
- Identificar en qué lugar obtener más información

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

2

Esta sesión debe ayudarlo a

- Explicar la coordinación de coberturas de salud y medicamentos
- Determinar quién paga primero
- Identificar en qué lugar obtener más información

Lección 1 - Panorama general de la Coordinación de Beneficios

- Coordinación de Beneficios
- Medicare como Pagador Primario
- Medicare Pagador Secundario

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

3

La lección 1, "Panorama general de la Coordinación de Beneficios", abarca lo siguiente:

- Coordinación de Beneficios
- Medicare como Pagador Primario
- Medicare Pagador Secundario

Panorama general de la Coordinación de Beneficios

- Cada tipo de cobertura del seguro de salud se llama "pagador"
- Cuando existe más de un pagador, la coordinación de las normas relativas a los beneficios decide quién paga primero
- Es posible que haya pagadores primarios y secundarios y, en algunos casos, también puede haber un tercer pagador

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

4

Si tiene Medicare u otra cobertura de salud, cada tipo de cobertura se llama "pagador". Cuando existe más de un pagador, la coordinación de las normas relativas a los beneficios decide quién paga primero. El pagador primario paga lo que debe por sus facturas en primer lugar y luego su proveedor envía el resto para que pague el pagador secundario. En algunos casos puede haber un tercer pagador.

¿Cuándo paga Medicare?

- Medicare puede ser el pagador primario
 - En ausencia de otro seguro primario
- Medicare puede ser el pagador secundario
 - Usted puede tener otro seguro que deba pagar en primer lugar
- Medicare puede no pagar en absoluto
 - Por servicios y artículos que otro seguro de salud tiene la responsabilidad de pagar

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

5

Medicare puede ser el pagador primario, el pagador secundario o algunas veces, otros planes de seguro deben pagar y Medicare no debe pagar nada.

Medicare puede ser el pagador primario si usted no tiene otro seguro o si Medicare es primario con respecto a su otro seguro.

Medicare puede ser el pagador de seguro secundario en situaciones en las que Medicare no le brinde cobertura primaria de seguro de salud o cuando otro asegurador tenga la responsabilidad primaria de pagar.

Medicare no puede pagar por todos los servicios y artículos que otros aseguradores de salud tienen la responsabilidad de pagar.

Cuando Medicare es el Pagador Primario

- Si Medicare es su único asegurador o
- Si su otra fuente de cobertura es
 - Una póliza de Medigap (asegurador suplementario de Medicare)
 - Medicaid
 - Beneficios para jubilados
 - Servicio de Salud Indígena
 - Beneficios para veteranos
 - TRICARE
 - Continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)
 - Salvo por el período de coordinación de 30 meses para personas con Enfermedad Renal en Etapa Final

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

6

Para la mayoría de las personas con Medicare, Medicare es su pagador primario, lo que significa que Medicare paga en primer lugar en sus reclamaciones de atención médica. Medicare paga en primer lugar en las siguientes situaciones:

- Medicare es su única cobertura médica, de hospital y recetas médicas.
- Usted tiene una póliza de Medigap (asegurador suplementario de Medicare) u otra póliza de seguros adquirida de manera privada que no está relacionada con el empleo actual. Este tipo de política cubre cantidades no cubiertas por Medicare.
- Cobertura a través de Medicaid y Medicare (beneficiarios dobles elegibles), sin ninguna otra cobertura que pueda ser primaria antes que Medicare.
- Cobertura para jubilados, en la mayoría de los casos. Para saber cómo trabaja un plan con Medicare, revise el manual de beneficios del plan o la descripción del plan proporcionada por el empleador o el sindicato o llame al administrador de beneficios.
- Los servicios de atención médica proporcionados por el Servicio de Salud Indígena.
- Beneficios para veteranos.
- TRICARE. (Aviso: TRICARE es el programa de salud del Departamento de Defensa de EE. UU. para miembros en servicio activo y sus familias. TRICARE for Life es el programa para jubilados militares y sus familias).
- Cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), con una excepción: Enfermedad Renal en Etapa Final. Hablaremos de esta cobertura en breve.

Medicare Pagador Secundario

- Cuando Medicare no es responsable de pagar un reclamo en primer lugar
- La legislación protege los Fondos Fiduciarios de Medicare
- Ayuda a garantizar que Medicare no pague cuando debería hacerlo otro asegurador
- Ahorra \$9.000 millones anualmente
 - Reclamaciones procesadas mediante seguros primarios antes de Medicare

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

7

El segundo pagador de Medicare (MSP) es el término usado generalmente cuando Medicare no es responsable de pagar una reclamación en primer lugar.

Cuando Medicare comenzó en 1966, era el pagador primario de todas las reclamaciones, salvo de aquellas cubiertas por la indemnización por Accidentes de Trabajo, los beneficios del Programa de Beneficios de Enfermedad Pulmonar Minera y los beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos.

En 1980, el Congreso aprobó leyes que hicieron de Medicare el pagador secundario para ciertos planes primarios en un esfuerzo por trasladar los costos de Medicare a las fuentes de pago privadas correspondientes.

Las cláusulas del MSP han protegido los Fondos Fiduciarios de Medicare asegurándose de que Medicare no pague por servicios y artículos por los que tienen responsabilidad de pago en primer lugar ciertos seguros o coberturas de salud. Las cláusulas del MSP se aplican a situaciones en las que Medicare no es la cobertura de seguro de salud primaria del beneficiario.

Medicare ahorra casi \$9.000 millones anualmente en reclamaciones procesadas por seguros que pagan en primer lugar antes que Medicare.

Cómo reunir información del Pagador Secundario

- Cuestionario de Inscripción Inicial
 - Enviado 3 meses antes de la fecha de derecho de atención
 - Recibir notificación para completar en línea
 - Pregunta sobre el empleador actual, cobertura del seguro por responsabilidad civil e indemnización por accidentes de trabajo.
 - Se puede completar en MyMedicare.gov
 - Por teléfono con el Centro de Coordinación de Beneficios y Recuperación
 - 1-855-798-2627
 - Usuarios de TTY 1-855-797-2627.

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

8

Si ya recibe los beneficios del Seguro Social (por ejemplo, la jubilación anticipada), automáticamente quedará inscrito en Medicare Parte A y Parte B sin necesidad de solicitud adicional. Tres meses antes de que comience la cobertura de Medicare, se le enviará una notificación pidiéndole que complete el Cuestionario de Inscripción Inicial en línea. Se realizan las siguientes preguntas sobre algún otro seguro médico existente, como la cobertura de salud grupal de su empleador o el de algún un miembro de su familia, seguro de responsabilidad civil o seguro de accidente del trabajo.

- ¿Posee alguna cobertura de un plan de salud grupal a través de su actual empleador?
- ¿Cuántos empleados trabajan para su empleador, incluido usted?
- ¿El plan de salud grupal de su empleador cubre medicamentos recetados?
- ¿Obtendrá en el futuro la cobertura de un plan de salud grupal a través del empleo actual de su marido/esposa en la fecha de vigencia de Medicare?
- ¿Cuántos empleados trabajan para el empleador de su marido o esposa?
- ¿Recibe en la actualidad algún beneficio del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera o de algún seguro de accidente del trabajo?
- ¿Está en tratamiento por alguna herida o enfermedad, por la cual pueda responsabilizarse a un tercero o que pueda estar cubierta por un seguro de responsabilidad pública, automotor o de responsabilidad civil?

Si no recibe beneficios de jubilación del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario debe registrarse para obtener Medicare. Como nuevo afiliado de Medicare, puede registrarse automáticamente para utilizar la página MyMedicare.gov, el servicio en línea de Medicare que le permite a usted, o a la persona que usted designe, acceder a su información personal de Medicare, a las reclamaciones sobre el servicio de salud, a información de los servicios de preventivos, al Resumen de Medicare y mucho más. Es posible completar el cuestionario en línea en MyMedicare.gov, o mediante un llamado telefónico al Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-797-2627.

Cómo reunir información del Pagador Secundario a través de los empleadores

- Requerimiento de reportes obligatorios para las compañías de seguro.
 - Utilice un portal Web seguro para facilitar la transferencia de información
 - Multa de hasta \$1000/día por beneficiario por no reportar la información.
- Solicitud de Concordancia de Datos entre Servicios de Impuestos Internos/Seguro Social/Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
 - Los empleadores completan un cuestionario en línea para sus empleados
 - Titulares de Medicare
 - Casados con un beneficiario de Medicare
- Acuerdos Voluntarios de Uso Compartido de Datos
 - Entre CMS y los empleadores grandes

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

9

La coordinación de beneficios cuenta con varias bases de datos mantenidas por varios interesados, incluyendo programas estatales y federales, planes que ofrecen seguro de salud y/o cobertura de medicamentos recetados, red de farmacias y una variedad de programas de asistencia para situaciones y/o condiciones especiales. La Sección 111 de Medicare, Medicaid y el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP), ampliación de la Ley de 2007, agregó el requerimiento de informe obligatorio para los acuerdos de plan de salud grupal (GHP) y para los seguros de responsabilidad civil, que incluye autoseguro, seguro de responsabilidad pública y seguro de accidente del trabajo. Se exige legalmente a las compañías de seguro proveer información.

Las multas por no reportar la información pueden ascender a \$1000 por día, por beneficiario. Las partes interesadas deben utilizar un portal Web seguro para facilitar la transferencia de información.

Solicitud de Concordancia de Datos entre el Servicio de Impuestos Internos (IRS)/Seguro Social (SSA)/Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La ley exige que IRS, SSA y CMS compartan la información sobre los beneficiarios de Medicare y sus cónyuges. La solicitud de Concordancia de Datos IRS/SSA/CMS es una fuente de información importante. Conforme a la ley, los empleadores deben completar un cuestionario del GHP que escojan los trabajadores elegibles de Medicare y sus cónyuges. La Solicitud de Concordancia de Datos identifica las situaciones en las que haya otro pagador primario a Medicare.

Los Acuerdos Voluntarios de Uso Compartido de Datos (VDSA) — CMS ha acordado VDSA con numerosos empleadores grandes. Estos acuerdos permiten que los empleadores y CMS envíen y reciban la información de las inscripciones a GHP de manera electrónica. Si hubiera alguna discrepancia en los VDSA, los empleadores pueden aportar la documentación de la inscripción/desafiliación. El programa VDSA incluye información de la Parte D, y permite a los socios de VDSA presentar registros con la cobertura para recetas médicas, ya sea primaria o secundaria con respecto a la cobertura Medicare para recetas médicas (Parte D).

Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios

- Identifica los beneficios de salud disponibles para las personas que tienen Medicare
- Coordina las reclamaciones para garantizar que las pague el pagador correcto
- Responsable de identificar
 - Situaciones de Medicare Pagador Secundario (MSP)
 - Reclamaciones que deben pasarse a compañías de seguro suplementarias
- Investigación de reclamaciones MSP
 - El contratista se pone en conocimiento de otro seguro
 - Identifica cuál es el primario

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

10

El programa de Coordinación de Beneficios identifica los beneficios de salud disponibles para el beneficiario de Medicare y coordina el proceso de pago para evitar el pago incorrecto de beneficios Medicare.

Se comparte la fecha de vigencia de Medicare con otros pagadores y se transmite la reclamación paga de Medicare a las compañías de seguro suplementarias para que realicen el pago secundario. Se debe poner en vigencia un acuerdo entre los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS), el Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios (BCRC) y las compañías de seguro privadas para que el contratista envíe automáticamente las reclamaciones médicas. Cuando no exista este acuerdo, se solicita a la persona que tenga Medicare que coordine el pago suplementario o secundario de beneficios con la compañía de seguros que eventualmente tenga, además de Medicare. Los planes garantizan que la suma pagada en situaciones de cobertura doble no exceda el 100% del total de la reclamación, para evitar pagos duplicados.

El BCRC inicia una investigación cuando sabe que la persona posee otro seguro. La investigación determina si Medicare o el otro seguro tienen responsabilidad primaria para cubrir los costos del cuidado de la salud del beneficiario. El objetivo de reunir información de los MSP es identificar rápidamente las situaciones MSP y garantizar que las partes responsables realicen los pagos correctos.

Compruebe su conocimiento— Pregunta 1

¿Cuántos pagadores posibles diferentes podría haber para una reclamación de seguro?

- a. Uno
- b. Dos
- c. Tres

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

11

Compruebe su conocimiento— Pregunta 1

¿Cuántos pagadores posibles diferentes podría haber para una reclamación de seguro?

- a. Uno
- b. Dos
- c. Tres

Respuesta: c. Tres El pagador primario paga lo que debe por sus facturas en primer lugar y luego su proveedor envía el resto para que pague el pagador secundario. En algunos casos puede haber un tercer pagador.

Lección 2—Coordinación de la cobertura de salud

- Medicare y el Mercado
- Consideraciones importantes
- Cómo identificar al pagador apropiado
- Cómo determinar quién paga en primer lugar

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

12

La Lección 2, "Coordinación de la Cobertura de Salud", explica lo siguiente:

- Medicare y el Mercado
- Consideraciones importantes
- Cómo identificar al pagador apropiado
- Cómo determinar quién paga en primer lugar

Medicare y el Mercado

- Medicare no forma parte del Mercado de Seguros Médicos
- Si usted tiene Medicare Parte A, se le considera cubierto
- Sin importar cómo obtuvo Medicare, ya sea a través de Medicare Original o de un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO), no tendrá que realizar ningún cambio relacionado con el Mercado
- Si usted tiene Medicare, es ilegal que alguien le venda un plan del Mercado
- Es posible que usted tenga un Plan de Salud Calificado (QHP) a través del Mercado y Medicare, si se registró primero en el QHP

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

13

Medicare no forma parte del Mercado de Seguros Médicos, por lo tanto, si usted tiene Medicare Parte A, no será necesario hacer nada relacionado con el Mercado; se lo considera cubierto. Sin importar cómo obtuvo Medicare, ya sea a través de Medicare Original o de un Plan Medicare Advantage (como una Organización para el Mantenimiento de la Salud o un Proveedor Preferido Medicare), no tendrá que realizar ningún cambio relacionado con el Mercado. Si usted tiene Medicare, es ilegal que alguien le venda un plan del Mercado.

AVISO: Usted podrá tener Medicare y la cobertura de Mercado en curso, sólo si obtuvo su cobertura de Mercado antes de tener Medicare.

Coordinación entre Medicare y el Mercado

- Por lo general, no hay coordinación entre el Plan de Salud Calificado (QHP) del Mercado y Medicare
 - A menos que se haya inscrito en el plan patrocinado por empleadores, Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP)
- Los QHP no son seguros secundarios de Medicare
- No inscribirse en la Parte B durante el período de Inscripción Inicial de Medicare puede ocasionarle una multa por inscripción tardía
 - A menos que esté inscrito en el plan patrocinado por empleadores SHOP
- Si tiene que pagar una prima por la Parte A de Medicare
 - Puede abandonar Medicare e inscribirse en el QHP

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

14

En general, no hay coordinación de beneficios entre Medicare y un Plan de Salud Calificado (QHP) Individual del Mercado que se adquiere a través del Mercado de Seguros Médicos. Hay varios factores importantes que se deben tener en cuenta cuando se toma la decisión de permanecer o no en el QHP, después de inscribirse en Medicare Parte A.

- El QHP no es un seguro secundario y no se requiere pagar ningún costo para su cobertura, si usted tiene Medicare.
- La cobertura Individual de Mercado no es una cobertura patrocinada por el empleador y no está relacionada con el empleo actual. Si posee una cobertura de Mercado individual y solamente se inscribió en la Parte A durante el Período de Inscripción Inicial para Medicare, después no podrá inscribirse en la Parte B utilizando el Período Especial de Inscripción. Tendrá que esperar hasta el Período de Inscripción General (31 de enero/31 de marzo de cada año) y deberá pagar una multa por inscripción tardía a la Parte B si no se inscribe durante más de 12 meses.
- Una vez que inicia la Parte A de su cobertura, ya no tendrán vigencia los créditos para impuestos de las primas ni la participación en costos reducidos que hayan calificado a través del Mercado. Esto ocurre porque la Parte A es considerada una cobertura fundamental mínima, no así, la Parte B.

Si tiene que pagar una prima por la Parte A, puede decidir elegir una cobertura del Mercado en lugar de Medicare. Si está pagando una prima por la Parte A, puede cancelar la cobertura de la Parte A y la Parte B y en su lugar, obtener un plan del Mercado. Si solamente tiene la Parte B y tuviera que pagar una prima por la Parte A, puede cancelar la Parte B y en su lugar, obtener un plan del Mercado.

Solamente las personas inscritas en el Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP) del Mercado tendrán coordinación de beneficios, porque esa cobertura se basa en el empleo actual. Estas personas poseen la cobertura del plan de salud grupal y Medicare pagará en segundo lugar con respecto a la cobertura QHP. Además, estas personas pueden considerar retrasar su inscripción en la Parte B (sin multa) porque la cobertura patrocinada por el empleador SHOP se basa en el empleo actual.

Consideraciones importantes sobre la cobertura para jubilados

- La mayoría de los planes para jubilados ofrecen una amplia cobertura para toda la familia
 - El empleador/sindicato debe divulgar cómo trabaja su plan con la cobertura para medicamentos recetados de Medicare
 - Consulte con su administrador de beneficios para más información
- Si pierde su cobertura válida de medicamentos recetados, tiene 63 días para inscribirse en un plan Parte D sin multa
- Las personas que cancelan la cobertura de medicamentos para jubilados pueden
 - Perder otra cobertura de salud
 - Verse imposibilitados de recuperarla
 - Causar la pérdida de cobertura a los miembros de la familia

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

15

Como se mencionó anteriormente, las personas inscritas en Medicare que tienen planes jubilatorios del empleador o del sindicato con cobertura de medicamentos recetados deben considerar las opciones cuidadosamente. Las necesidades de una persona pueden variar de un año a otro de acuerdo a ciertos factores, como el estado de salud y financiero. Las opciones que ofrecen los planes para jubilados del empleador o sindicato también pueden variar cada año. La ley exige que cada plan indique a sus miembros cómo trabaja con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si una persona que tiene Medicare pierde la cobertura acreditable para medicamentos, tendrá 63 días para inscribirse en la Parte D de un plan sin incurrir en multa por inscripción tardía. Para información que incluya cómo trabaja con la cobertura de medicamentos de Medicare, comuníquese con el administrador de los beneficios del plan de salud grupal. La cobertura acreditable es una cobertura que, en promedio, debería pagar al menos la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Cuando se toma la decisión de mantener o cancelar la cobertura del empleador o plan jubilatorio sindical, hay algunos puntos importantes que se deben considerar:

- La mayoría de los planes del empleador/sindicales para jubilados ofrecen coberturas para recetas similares a la cobertura de medicamentos de Medicare y, a menudo, amplias opciones de hospitalización y seguro médico para toda la familia, lo cual reviste particular importancia para aquellos que padecen una enfermedad crónica o tienen hospitalizaciones frecuentes.
- Si cancela la cobertura de salud grupal para jubilados, no podrá recuperarla nuevamente.
- Si cancela la cobertura para medicamentos, también perderá la cobertura de hospital y de médico.
- Los miembros de la familia cubiertos con la misma póliza también se verán afectados, por lo tanto, cualquier decisión relacionada con la cobertura de medicamentos deberá considerar el estado de salud de toda la familia y sus necesidades de cobertura.

Posibles Pagadores de una Reclamación de Salud



1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

16

Es importante identificar si los costos médicos los paga otro seguro con anterioridad o conjuntamente con Medicare. Esta información ayuda al proveedor de servicios médicos a determinar a quién enviar la factura y cómo presentar una reclamación con Medicare.

Existen muchos beneficios de seguro a los que puede acceder y muchas combinaciones de cobertura de seguro que debe considerar antes de determinar quién paga y cuándo:

- Medicare
- Seguro de Responsabilidad Pública
- Seguro de Responsabilidad Civil
- Seguros de accidentes del trabajo
- Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera
- Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria
- Plan de Salud Grupal para jubilados
- Beneficios para Asuntos de los Veteranos
- TRICARE for Life
- Plan de Salud Grupal de Empleadores

De acuerdo con el tipo de cobertura de seguro adicional de una persona, Medicare puede ser el pagador primario o el pagador secundario de su reclamación, o puede que no le corresponda pagar.

Planes de Salud Grupal de Empleadores

- Cobertura ofrecida por muchos empleadores y sindicatos
 - A los empleados actuales, cónyuges y miembros de la familia
 - A los jubilados, cónyuges y miembros de la familia
 - Incluye Planes de Beneficios de Salud para Empleados Federales
 - Puede ser un plan de pago por servicio
 - Puede ser un plan de atención administrada
- Los empleados pueden elegir entre mantener o rechazar
- Las empresas con 50 empleados o menos pueden ofrecer el Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP)

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

17

La coordinación de beneficios depende de si usted, su cónyuge o miembro de su familia, está empleado o jubilado en la actualidad, y del número de empleados de esa compañía. El programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales es un tipo de plan de salud grupal del empleador (EGHP).

La cobertura EGHP es una cobertura que ofrecen muchos empleadores y sindicatos para los empleados actuales y/o jubilados. También es posible tener una cobertura de salud grupal a través del empleador de su cónyuge o de algún miembro de su familia. Si tiene Medicare y le ofrecen una cobertura a través del EGHP, es posible aceptar o rechazar el plan. El EGHP puede ser un plan de pago por servicio o un plan de atención administrada, como una Organización para el Mantenimiento de la Salud.

Las empresas con 50 empleados o menos pueden ofrecer el Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP).

Plan de Salud Grupal de Empleadores (EGHP) Continuación

Si usted tiene	Medicare paga en primer lugar
65 años o más y tiene cobertura de jubilados	Sí
65 años o más con cobertura EGHP a través de su actual empleo (suyo o el de su cónyuge)	Si el empleador tiene menos de 20 empleados
Menos de 65 años, con una incapacidad y tiene una cobertura EGHP a través de su empleo actual (suyo o el de un miembro de su familia)	Si el empleador tiene menos de 100 empleados
Elegibles para Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ERSD) y tiene una cobertura EGHP	Cuando finaliza el período de coordinación de 30 meses, o si ya tenía Medicare como primario antes de contraer ESRD

1/mayo/2014

Coordinación de Beneficios

18

¿Cuándo Medicare paga en primer lugar a aquellos que tienen planes de salud grupal del empleador?

- Si tiene 65 años o más y posee cobertura de jubilados
- Si tiene 65 años o más y posee una cobertura EGHP a través de su actual empleo, ya sea suyo o de su cónyuge, y el empleador tiene menos de 20 empleados.
- Si tiene menos de 65 años, padece una incapacidad y está cubierto por un EGHP a través de su empleo actual (ya sea suyo o el de un miembro de su familia) y su empleador tiene menos de 100 empleados
- Si es elegible para Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ERSD), tiene cobertura EGHP, ya sea suya o de su cónyuge, y el período de coordinación de 30 meses ha terminado, o si tenía Medicare como cobertura primaria antes de contraer ESRD

Planes de Salud no grupales

- Por lo general, Medicare no paga los servicios cuando el diagnóstico indica que otra compañía de seguro puede proporcionar la cobertura, esto incluye
 - Accidentes automovilísticos
 - Enfermedad relacionada con la minería (Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera)
 - Responsabilidad civil ante terceros
 - Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo (Seguros de accidentes del trabajo)

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

19

Generalmente, Medicare no paga los servicios cuando el diagnóstico indica que otra compañía de seguro puede proporcionar la cobertura, esto incluye lo siguiente:

- Accidentes automovilísticos
- Enfermedad relacionada con la minería (Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera)
- Responsabilidad civil ante terceros
- Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo (Seguros de accidentes del trabajo)

Seguro de Responsabilidad Pública

- Paga independientemente de quién haya sido el culpable
- Medicare es pagador secundario
- Medicare puede efectuar un pago condicional
 - Si la reclamación no se paga dentro de los 120 días
 - No deberá usar su propio dinero para pagar la factura
 - Debe reembolsarse cuando el pagador primario resuelva la reclamación

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

20

El seguro de responsabilidad pública es un seguro que paga el servicio de atención médica resultante de una lesión personal o daño a la propiedad de un tercero, independientemente de quien haya sido el culpable de ocasionarlo. El seguro de responsabilidad pública incluye los siguientes tipos:

- Seguro de automóvil
- Seguro de la vivienda
- Planes de seguro comerciales

Medicare es el pagador secundario cuando exista un seguro de responsabilidad pública. En general, Medicare no pagará los gastos médicos cubiertos por el seguro de responsabilidad pública. Sin embargo, Medicare puede pagar los gastos médicos si se rechaza la reclamación por diferentes razones, excepto si se la considera una reclamación que no corresponda. Medicare realizará el pago sólo en la medida en que los servicios estén cubiertos por Medicare. Asimismo, si el seguro de responsabilidad pública no paga de inmediato (dentro de los 120 días), Medicare puede realizar un pago condicional. Un pago condicional es aquel por el cual Medicare tiene el derecho de exigir restitución.

El dinero que Medicare utilizó para el pago condicional debe ser reembolsado a Medicare cuando se acceda el seguro de responsabilidad pública. Si Medicare realiza el pago condicional y luego usted cobra la reclamación del seguro, Medicare le exigirá a usted el reembolso del pago condicional. Usted es responsable de asegurarse de que Medicare reciba el reembolso del pago condicional.

La ley de Modernización de Medicare de 2003 (P.L. 108-173, Título III, Sec. 301) contiene más estipulaciones que protegen la facultad de Medicare de exigir el reembolso de los pagos condicionales.

Los planes Parte D pagarán las recetas cubiertas que no estén relacionadas con el accidente o lesión.

Seguro de Responsabilidad Civil

- Protege contra ciertas reclamaciones
 - Negligencia, acción inadecuada o inacción
- Medicare es pagador secundario
 - Los proveedores deben intentar cobrar antes de facturar a Medicare
- Medicare puede efectuar un pago condicional
 - Si la aseguradora de responsabilidad civil no paga de inmediato (dentro de los 120 días)
 - Medicare recupera el pago condicional

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

21

El seguro de responsabilidad civil es una cobertura que lo protege de reclamaciones que estén fundadas en negligencia, acción inadecuada o inacción y tengan como resultado la lesión de alguien o el daño a una propiedad. El seguro de responsabilidad civil incluye, entre otros, lo siguiente:

- Seguro de responsabilidad civil para vivienda
- Seguro de responsabilidad civil para el automóvil
- Seguro de responsabilidad civil para productos
- Seguro de responsabilidad civil por mala praxis
- Seguro de responsabilidad civil para conductores sin seguro
- Seguro de responsabilidad civil para conductores subasegurados

Medicare es el pagador secundario en los casos en que exista un seguro de responsabilidad civil. Si los profesionales del servicio médico descubren que los servicios que le prestan a una persona pueden pagarse a través de una aseguradora de responsabilidad civil, deben tratar de cobrarle a esa aseguradora antes de facturarle a Medicare. Se solicita a los proveedores que facturen primero a la aseguradora de responsabilidad civil, aunque es posible que la aseguradora no realice el pago de inmediato.

Algunas veces, obtener el pago puede llevar un tiempo largo. Si la compañía de seguro no paga la reclamación de inmediato (por lo general, dentro de los 120 días), su médico u otro proveedor puede facturar a Medicare. Medicare pagará la factura mediante un pago condicional. Un pago condicional es el pago que realiza Medicare por servicios cuyo responsable es otro pagador. Medicare realiza este pago condicional por lo que usted no tendrá que utilizar su propio dinero para pagar la factura. El pago es condicional porque debe ser reembolsado a Medicare cuando se llegue a un acuerdo de pago mediante un juicio o indemnización.

Seguro de Accidentes del Trabajo

- Medicare no pagará por servicios médicos relacionados con reclamaciones de seguros de accidentes de trabajo
- Si la reclamación del seguro de accidentes del trabajo es rechazada, la puede presentar para el pago a través de Medicare
- La reclamación de seguro de accidentes del trabajo se puede resolver a través de acuerdos, sentencias o premios

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

22

Generalmente, Medicare no pagará una lesión, enfermedad/dolencia cubierta por el seguro de accidentes del trabajo. Si el seguro de accidentes del trabajo rechaza una parte o toda la reclamación alegando que no está cubierta, se puede presentar una reclamación a Medicare. Medicare puede pagar una reclamación relacionada con un servicio médico o producto cubierto por Medicare si la reclamación no está cubierta por el seguro de accidentes del trabajo.

La reclamación de seguro de accidentes del trabajo se puede resolver a través de acuerdos, juicios o indemnizaciones.

Acuerdo de Cantidad Estipulada Separada para Gastos de Medicare por Compensación Legal por Accidente de Trabajo (WCMSA)

- Fondos separados para pagar futuros servicios médicos o medicamentos recetados
- Los fondos se deben utilizar para la lesión o enfermedad cubierta por el seguro de accidente de trabajo
- Se utiliza solamente para los servicios cubiertos por Medicare
- Medicare paga los servicios cubiertos por Medicare después de que se hayan gastado los fondos WCMSA

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

23

El Acuerdo de Cantidad Estipulada Separada para Gastos de Medicare por Compensación Legal por Accidente de Trabajo (WCMSA) es un acuerdo financiero que asigna una parte del dinero depositado al seguro de accidente de trabajo para pagar futuros servicios médicos relacionados con lesiones o enfermedades ocasionadas por un accidente de trabajo.

- El dinero depositado en su WCMSA sirve solamente para pagar futuros gastos médicos y/o medicamentos recetados relacionados con una lesión, enfermedad o dolencia producida en el trabajo, y sólo si el gasto corresponde a un tratamiento que cubra Medicare.
- No es posible utilizar el WCMSA para pagar ninguna otra lesión del trabajo, ni artículo médico ni servicio que Medicare no cubra (por ejemplo, servicios dentales).
- Si no está seguro de qué tipo de servicios cubre Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) antes de utilizar el dinero que fue depositado en su WCMSA.
- Después de utilizar todo el dinero de WCMSA de manera apropiada, Medicare puede comenzar a pagar los servicios relacionados con una lesión, enfermedad o dolencia cubiertos por Medicare.

Los WCMSA se analizan en detalle en go.cms.gov/wcmsa.

Véase la Sección 1862(b)(2) de la Ley de Seguro Social de 1954 (42 USC 1395y(b)(2)).

Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera

- Cubre enfermedades/afecciones pulmonares causadas por la minería de carbón
- Los servicios de este programa
 - Considerados reclamaciones del seguro por accidente del trabajo
 - No cubiertos por Medicare
- Si desea más información llame al
 - 1-800-638-7072
 - Usuarios de TTY 1-877-889-5627

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

24

Algunas personas que tienen Medicare pueden obtener beneficios médicos del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera para servicios relacionados con enfermedades pulmonares o condiciones causadas por la minería de carbón. Medicare no paga servicios médicos cubiertos en ese programa. Las reclamaciones por enfermedad pulmonar minera se consideran reclamaciones del seguro de accidente del trabajo. Todas las reclamaciones por servicios relacionados con el diagnóstico de enfermedad pulmonar minera son remitidas al Departamento de Trabajo de EE.UU. División Compensación del Trabajador de Minería de Carbón.

Sin embargo, si los servicios no están relacionados con la enfermedad pulmonar minera, Medicare será el pagador primario si se cumplen lo siguiente:

- No existe ningún otro seguro primario
- La persona es elegible para Medicare
- Los servicios están cubiertos por el programa Medicare

Los beneficiarios del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera son elegibles para medicamentos recetados, servicios hospitalarios y ambulatorios, y consultas médicas. Además, se deben cubrir con receta médica el oxígeno domiciliario y otros equipos médicos, el servicio de enfermería domiciliaria y la rehabilitación pulmonar.

Se asignó un número gratuito 1-800-638-7072 a la oficina responsable de los servicios de tratamiento y diagnóstico médico del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-889-5627.

Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)

- Exige a los empleadores que tengan 20 empleados o más que permitan a sus empleados y dependientes mantener una cobertura médica bajo ciertas condiciones
- Concede a algunos antiguos empleados, jubilados, cónyuges, ex cónyuges e hijos a cargo el derecho de mantener la cobertura médica temporalmente a tarifas grupales
- Esta cobertura solo está disponible cuando se pierde la cobertura a causa de hechos específicos
 - Generalmente, tiene una duración de 18 meses, pero puede ser mayor en circunstancias especiales
- La persona debe pagar la totalidad de la prima del seguro

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

25

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) exige a los empleadores que tienen 20 empleados o más que permitan a sus empleados o dependientes mantener su cobertura de médica durante un tiempo después de dejar su plan de salud grupal del empleador, bajo ciertas condiciones. Se la llama "cobertura de continuación" COBRA. La ley se aplica a planes patrocinados por el gobierno local y estatal, y el sector privado, pero no se aplica a los planes patrocinados por el gobierno federal, los gobiernos del Distrito de Columbia, por ningún territorio o posesión de los EE.UU. ni por determinadas organizaciones eclesióstias. El Programa Federal de Beneficios Médicos del Empleado está sujeto a disposiciones similares de cobertura de continuación temporal bajo la ampliación de la Ley Federal de Beneficios Médicos del Empleado de 1988.

La cobertura COBRA puede comenzar debido a ciertos hechos, tales como la pérdida del empleo o reducción del horario laboral, divorcio, fallecimiento del empleado, o que un hijo deje de ser dependiente conforme a los términos del plan. Por la pérdida de empleo o reducción del horario laboral, la cobertura COBRA en general continúa durante 18 meses. Algunos individuos incapacitados y los miembros de su familia sin discapacidad pueden calificar para obtener una extensión de 11 meses de cobertura, de 18 a 29 meses. Otros casos califican para una cobertura de continuidad de hasta 36 meses.

En general, la cobertura de salud grupal para los participantes de COBRA es más costosa que la cobertura médica para los empleados activos, ya que el participante realiza ambos pagos, su parte y la parte de la prima que pagaba su empleador mientras todavía trabajaba.

Es posible reemplazar la cobertura COBRA por la cobertura de Mercado. Si su cobertura COBRA finaliza fuera del Período anual de Inscripción Abierta del Mercado (1 de noviembre, 2015 – 31 de enero, 2016), puede calificar para el Período Especial de Inscripción (SEP). Para saber si califica para el SEP, visite HealthCare.gov/coverage-outside-open-enrollment/. Quiere decir que se inscribió en un plan médico privado a través del Mercado fuera de la Inscripción Abierta. Si su cobertura COBRA finaliza antes de lo previsto y se encuentra fuera del Período de Inscripción Abierta, no puede de ninguna manera inscribirse en un plan del Mercado. Durante el Período de Inscripción Abierta, puede cancelar su cobertura COBRA y conseguir un plan a través del Mercado, incluso si su cobertura COBRA no ha finalizado aún.

Cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)

Si usted	Medicare paga en primer lugar
Tiene 65 años o más, o padece una incapacidad y tiene una cobertura de continuación COBRA	En la mayoría de los casos
Tiene una cobertura de continuación COBRA y es elegible para Medicare por padecer Enfermedad Renal en Etapa Final	Cuando finalice su período de coordinación de 30 meses

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

26

En general, Medicare paga en primer lugar la cobertura de continuación de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) Medicare paga en segundo lugar la cobertura COBRA a personas que padecen Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD), durante el período de coordinación de 30 meses.

Antes de elegir la cobertura COBRA, puede ser de utilidad consultar con un consejero del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para entender mejor las opciones. Por ejemplo, si una persona que ya tiene Medicare Parte A (Seguro de Hospital) elige COBRA, pero espera para registrarse en Medicare Parte B (Seguro Médico) hasta la última parte del Período Especial de Inscripción de 8 meses, el empleador puede hacerle pagar los servicios que Medicare hubiera cubierto si el empleado se hubiera registrado antes en la Parte B.

En algunos estados, los consejeros de SHIP también pueden brindar información sobre los plazos establecidos para COBRA y los derechos de renovación garantizada de Medigap en un estado determinado. Los plazos establecidos pueden diferir de acuerdo con la ley estatal.

Los planes Medicare Parte D en general pagan primero, antes de la cobertura COBRA, a personas que tienen 65 años o más y a aquellos que tienen una incapacidad.

Medicare Parte D paga en primer lugar, si tiene COBRA y padece ESRD, una vez que está fuera de los 30 meses del período de coordinación.

Cobertura para Asuntos de los Veteranos (VA)

- Si tiene Medicare y beneficios para VA
 - Puede recibir tratamiento en ambos programas
- Medicare paga primero cuando usted elige recibir los beneficios de Medicare
- Para recibir servicios de los beneficios para VA
 - Debe obtener el cuidado médico en un centro VA o
 - Tener servicios autorizados VA para un centro que no sea VA

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

27

Si tiene ambos, los beneficios de Veteranos y Medicare, puede acceder a un tratamiento de atención médica en cualquiera de los dos programas. Sin embargo, debe elegir qué beneficio usará cada vez que vea al médico o reciba un servicio de salud (por ejemplo, en un hospital). Medicare no pagará los mismos servicios que fueron autorizados por la cobertura de Asuntos de los Veteranos (VA); del mismo modo, la cobertura VA no pagará los servicios que fueron cubiertos por Medicare.

Para recibir los servicios VA, debe recibir atención médica en un centro VA o tener servicios autorizados VA para un centro que no sea VA. Los veteranos podrían ser objeto de multas por inscribirse tardíamente en Medicare Parte B, incluso si ya están inscritos en el servicio médico VA.

Los beneficios VA se otorgan a personas que sirvieron en el servicio activo de las fuerzas armadas y hayan sido dadas de baja honorablemente, o que sean/hayan sido reservistas o miembros de la Guardia Nacional y llamada al servicio activo por orden federal (salvo por razones de entrenamiento) y que hayan completado todo el período de reclutamiento.

Los veteranos de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. pueden ser elegibles para una amplia variedad de programas y servicios otorgados por VA. La elegibilidad para recibir la mayoría de los beneficios VA está basada en la baja del servicio activo del miembro en servicio, a excepción de la baja en condiciones deshonrosas. Servicio activo significa servicio a tiempo completo, que no sea servicio activo para entrenamiento, ya sea como miembro del Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, el Cuerpo especial de Marina, la Guardia Costera o como oficial comisionado del Servicio de Salud Pública, la Administración de los Servicios de las Ciencias del Medio Ambiente, o el Organismo Nacional para el Estudio de los Océanos y la Atmósfera.

Cobertura TRICARE for Life (TFL)

- La cobertura para militares retirados de servicios cubiertos por Medicare y TFL
 - Medicare paga primero/TFL paga el resto
- Para los servicios que cubre TFL y no cubre Medicare
 - TFL paga primero y Medicare no paga nada
- Por servicios recibidos en un hospital militar u otro proveedor federal
 - TFL paga y Medicare en general no paga nada

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

28

Si tiene Medicare y TRICARE for Life (TFL), Medicare es su seguro primario. TFL funciona como su pagador secundario y reduce su desembolso de efectivo. Los beneficios TFL incluyen la cobertura de coseguro y deducibles de Medicare.

Si utiliza un proveedor de Medicare, este completará sus reclamaciones con Medicare. Medicare paga su parte y envía de manera electrónica la reclamación al procesador de reclamaciones TFL. TFL paga al proveedor directamente por los servicios cubiertos por TFL.

Para los servicios cubiertos por ambos Medicare y TFL, Medicare paga en primer lugar y TFL paga el coseguro restante por los servicios cubiertos por TRICARE.

Por los servicios que cubre TFL pero no cubre Medicare, TFL paga en primer lugar y Medicare no paga nada. El deducible fiscal anual y los costos compartidos están a cargo del beneficiario.

Por los servicios que cubre Medicare pero no cubre TFL, Medicare paga en primer lugar y TFL no paga nada. El deducible y coseguro de Medicare debe pagarlo el beneficiario.

Por los servicios que no cubre Medicare ni TFL, Medicare y TFL no pagan nada, y el beneficiario debe abonar la factura completa.

Cuando reciba servicios de un hospital militar o de cualquier otro proveedor federal, TFL pagará las facturas. En general, Medicare no abona los servicios recibidos de un proveedor federal ni ninguna otra agencia federal.

AVISO: TFL es una cobertura para todos los beneficiarios TRICARE que tengan tanto Medicare Parte A como Parte B. El personal en servicio activo está cubierto por el seguro TRICARE. La coordinación de beneficios relacionados con TRICARE deben manejarse como cualquier plan de salud grupal del empleador.

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con los fondos WCMSA es verdadera?

- a. Los fondos WCMSA se pueden utilizar para cubrir todos los gastos médicos
- b. Los fondos WCMSA se deben utilizar en el transcurso de 1 año
- c. Los fondos WCMSA se pueden utilizar para cubrir todos los gastos de medicamentos recetados
- d. Medicare pagará todos los gastos aprobados por Medicare después de que se hayan utilizado todos los fondos WCMSA

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

29

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con los fondos WCMSA es verdadera?

- a. Los fondos WCMSA se pueden utilizar para cubrir todos los gastos médicos
- b. Los fondos WCMSA se deben utilizar en el transcurso de 1 año
- c. Los fondos WCMSA se pueden utilizar para cubrir todos los gastos de medicamentos recetados
- d. Medicare pagará todos los gastos aprobados por Medicare después de que se hayan utilizado todos los fondos WCMSA

e. Respuesta: d. Medicare pagará todos los gastos aprobados por Medicare después de que se hayan utilizado todos los fondos WCMSA

¿Por qué la pregunta "a" es incorrecta? Los fondos depositados en su WCMSA son para pagar futuros gastos médicos y/o medicamentos recetados relacionados con una lesión, enfermedad/dolencia laboral que, de otro modo, hubiera sido cubierta por Medicare.

¿Por qué la pregunta "b" es incorrecta? Los fondos depositados en su WCMSA son para pagar futuros gastos médicos y/o medicamentos recetados relacionados con una lesión, enfermedad/dolencia laboral que, de otro modo, hubiera sido cubierta por Medicare, hasta que esos fondos se hayan gastado ("agotado" o "acabado").

¿Por qué la pregunta "c" es incorrecta? No es posible utilizar el WCMSA para pagar medicamentos recetados que no estén relacionados con una lesión o enfermedad laboral.

Compruebe su conocimiento— Pregunta 3

¿Quién paga primero la factura de John? Tiene 34 años. Padece una Enfermedad Renal en Etapa Final, tiene cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), y hace 8 meses que está inscrito en Medicare.

- a. Medicare
- b. COBRA

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

30

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 3

¿Quién paga primero la factura de John? Tiene 34 años. Padece una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD), tiene cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y hace 8 meses que está inscrito en Medicare.

- a. Medicare
- b. COBRA

Respuesta: b. COBRA

Para la gente que padece ESRD, COBRA paga en primer lugar y Medicare paga en segundo lugar, durante el período de coordinación de 30 meses. La cobertura COBRA en general continúa durante 18 meses. Medicare se transforma en pagador primario cuando termina la cobertura COBRA, incluso si eso ocurre antes de que termine el período de 30 meses.

Lección 3— Medicare Parte D Coordinación de Beneficios

- Coordinación de beneficios para medicamentos recetados
- Otros pagadores posibles
- Cuando la Parte D paga en primer lugar

1/mayo/2014

Coordinación de Beneficios

31

Lección 3— "Medicare Parte D Coordinación de Beneficios", explica lo siguiente:

- Coordinación de beneficios para medicamentos recetados
- Otros pagadores posibles
- Cuando la Parte D paga en primer lugar

Coordinación de beneficios para medicamentos recetados

- Garantiza que los planes Medicare Parte D paguen correctamente
- El plan Medicare Parte D en general paga primero
- Si Medicare es el pagador secundario
 - El plan Parte D rechaza las reclamaciones primarias
 - El plan Parte D puede realizar un pago condicional
 - Para alivianar la carga monetaria del afiliado
 - Se reembolsa a Medicare y se notifica al Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios

1/mayo/2014

Coordinación de Beneficios

32

En general, Medicare Parte D brinda cobertura primaria para los medicamentos recetados. Cada vez que Medicare es primario, se factura al plan Parte D (cobertura Medicare para medicamentos recetados) y pagará en primer lugar. Cuando Medicare es el pagador secundario, los planes Parte D en general rechazarán las reclamaciones primarias.

Cuando Medicare es el pagador secundario a un plan de salud no grupal, o cuando un plan no sabe si un medicamento cubierto está relacionado con una lesión, el plan Parte D siempre hará un primer pago condicional, a menos que se apliquen ciertas situaciones. El Plan Parte D no pagará si toma conocimiento de que el afiliado tiene un seguro por accidentes del trabajo, beneficios del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera o una cobertura de responsabilidad civil o pública, y que ha indicado que cierto medicamento lo utiliza exclusivamente para el tratamiento de una enfermedad o lesión relacionada.

Por ejemplo, cuando el afiliado vuelve a completar una receta pagada con anterioridad por el seguro de accidentes del trabajo, el Plan Parte D puede rechazar el pago primario y recurrir a Medicare como pagador secundario. El pago es condicional porque debe ser reembolsado a Medicare cuando se llegue a un acuerdo de pago, juicio o indemnización. Se debe informar el acuerdo propuesto o actualización al Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios.

Pagadores posibles de la cobertura de medicamentos

Planes de Salud Grupal de Empleadores

- Jubilado
- Empleado activo
- Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria

Estado

- Programas Medicaid
- Programas Estatales de Ayuda para Farmacias
- Seguro de Accidentes del Trabajo

Estatal

- Medicare Parte A o Parte B
- Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera
- Servicio de Salud Indígena
- Asuntos de los Veteranos
- TRICARE for Life
- Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA

Otro

- Responsabilidad civil/pública
- Programas de Asistencia para el Paciente
- Organizaciones Benéficas

1/mayo/2014

Coordinación de Beneficios

33

Existe una cantidad de posibles pagadores de la cobertura de medicamentos.

Planes de Salud Grupal de Empleadores

- Jubilado
- Empleado activo
- Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria

Estado

- Programas Medicaid
- Programas Estatales de Ayuda para Farmacias
- Seguro de Accidentes del Trabajo

Estatal

- Medicare Parte A o Parte B (limitado)
- Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera
- Servicio de Salud Indígena
- Asuntos de los Veteranos
- TRICARE for Life
- Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA

Otro

- Responsabilidad civil/pública
- Programas de Asistencia para el Paciente
- Organizaciones Benéficas

Tipo de Cobertura	Situación	La Parte D paga primero por servicios necesarios por razones médicas Parte D Recetas cubiertas
Plan de Salud Grupal de Empleadores (EGHP)	Tiene 65 años o más y posee cobertura de jubilados	Sí
	Tiene 65 años o más y posee cobertura EGHP a través de su actual empleo (suyo o el de su cónyuge)	Si el empleador tiene menos de 20 empleados
	Tiene menos de 65 años, con una incapacidad y tiene una cobertura EGHP a través de su empleo actual (suyo o el de un miembro de su familia)	Si el empleador tiene menos de 100 empleados
	Es elegible para Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ERSD) y tiene una cobertura EGHP	Cuando finaliza el período de coordinación de 30 meses, o si ya tenía Medicare antes de contraer ESRD
Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)	Tiene 65 años o más, padece una incapacidad y tiene una cobertura de continuación COBRA	En la mayoría de los casos
	Tiene una cobertura de continuación COBRA y es elegible para Medicare por padecer ESRD	Cuando finaliza su período de coordinación de 30 meses
1/mayo/2014	Coordinación de Beneficios	34

La Parte D (cobertura Medicare para medicamentos recetados) en general paga en primer lugar si usted tiene una cobertura para jubilados.

Medicare Parte D también paga en primer lugar para

- Personas cuya edad laboral es de 65 años o más (ellos o el cónyuge cubierto aún trabaja), tienen Medicare y un plan de salud grupal del empleador (EGHP) con **menos de 20** empleados.
- Persona con incapacidad que tiene un EGHP con **100 o menos** empleados.
- Una persona que padece una Enfermedad Renal en Etapa Final y tiene EGHP de cualquier tipo **después** del período de coordinación de 30 meses.

AVISO: El programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB) es un tipo de EGHP. Cubre a los empleados federales en actividad actualmente y a los jubilados. En general, el tener la Parte D y la cobertura FEHB no ofrece demasiados beneficios, a menos que califique para Ayuda Adicional. Si tiene ambas coberturas y está jubilado, la Parte D pagará en primer lugar.

La Parte D (cobertura Medicare para medicamentos recetados) en general paga primero, antes de la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), a personas que tienen 65 años o más y a aquellos que tienen una incapacidad.

Medicare Parte D paga en primer lugar, si padece una Enfermedad Renal en Etapa Final, una vez que está fuera del período de coordinación 30 meses.

Tipo de Cobertura	Situación	La Parte D paga primero por recetas cubiertas de la Parte D necesarias por razones médicas
Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera	Si obtiene estos beneficios, los planes Parte D pueden realizar un pago condicional	Para recetas que no estén relacionadas con una enfermedad pulmonar y otras condiciones causadas por la minería de carbón
Servicio de Salud Indígena (IHS)	Se obtienen beneficios del IHS	Incluso si obtiene sus medicamentos de clínicas indígenas urbanas, tribales o del IHS
Departamento de Asuntos de los Veteranos	Tiene cobertura a través del Departamento de Asuntos de los Veteranos	No existe la coordinación de beneficios. Solamente, VA o bien Medicare deben pagar la receta.
TRICARE for Life	Tiene los beneficios TRICARE for Life	En general, no será necesario inscribirse en un plan Parte D
Programas Medicaid Estatales	Está inscrito en el programa Medicaid de su estado	Para todos los medicamentos cubiertos en la Parte D. Los estados pueden brindar una cobertura para los medicamentos que la Ley de Modernización de Medicaid excluye de la cobertura Parte D
1/mayo/2014	Coordinación de Beneficios	35

Si recibe el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera, la Parte D (cobertura Medicare para medicamentos recetados) no cubrirá las recetas relacionadas con ninguna enfermedad pulmonar u otra condición causada por la minería de carbón.

Muchos centros de salud indígena participan en el programa para medicamentos recetados de Medicare. Si consigue los medicamentos recetados a través de un centro de salud indígena, no deberá pagar nada y su cobertura no se interrumpirá. La coordinación de beneficios con los Servicios de Salud Indígena (IHS) y tribus está ligada a la contratación de farmacias en red. Las regulaciones exigen a todos los patrocinadores de la Parte D que ofrezcan contratos en red a todos los IHS, tribus y organizaciones tribales, y a las organizaciones indígenas urbanas (I/T/U) y farmacias proveedoras que operen en sus áreas de servicio.

Los beneficios de Asuntos de los Veteranos (VA), incluso la cobertura para medicamentos recetados, están separados y diferenciados de los beneficios que brinda la Parte D (cobertura Medicare para medicamentos recetados). De acuerdo a la ley, el VA no puede facturar a Medicare. Se puede ser elegible para recibir los beneficios VA para los medicamentos recetados e inscribirse en un plan Parte D, pero no es posible utilizar ambos beneficios para una única receta. En general, las recetas VA deben estar escritas por un médico de VA y solamente pueden expandirse en un centro VA o a través del correo consolidado de VA para procedimientos con farmacias para pacientes ambulatorios. El VA no completa recetas para los patrocinadores de la Parte D. Como la cobertura VA para medicamentos recetados es una cobertura acreditable, no tendrá que afrontar una multa si se atrasa en inscribirse en un plan Parte D. Sin embargo, cuando los medicamentos recetados no estén cubiertos en su totalidad por los beneficios VA, se puede beneficiar al inscribirse en un plan Parte D, en particular si uno es elegible para Ayuda Adicional.

La cobertura TRICARE for Life (TFL) incluye beneficios para medicamentos recetados. Estos beneficios califican como una cobertura acreditable. No es necesario que las personas que tienen TFL se inscriban en un plan Medicare Parte D cuando gozan de los beneficios de farmacia de TFL. Si eligen inscribirse en un plan Medicare Parte D en una fecha posterior, no recibirán una multa por inscripción tardía.

Según la Ley de Modernización de Medicare (MMA), cuando se tienen ambos, Medicare y todos los beneficios de Medicaid (llamado "elegible dual con todos los beneficios"), se recibe la cobertura de medicamentos de Medicare en lugar de Medicaid. Los estados pueden brindar la cobertura Medicaid para los medicamentos que la MMA excluye de la cobertura Parte D. Algunos planes Medicare para necesidades especiales coordinan los servicios cubiertos por Medicare, incluso la cobertura para medicamentos recetados para las personas que tienen Medicare y Medicaid.

Tipo de Cobertura	Situación	La Parte D paga primero las recetas cubiertas por razones médicas
Programas Estatales de Ayuda para Farmacias	Usted obtiene ayuda de un programa estatal de ayuda para farmacias	Sí. El estado solo ayuda a pagar los costos de la Parte D.
Seguro de Accidentes del Trabajo	Se encuentra cubierto por un Seguro de Accidentes del Trabajo	Para recetas que no sean las relacionadas con lesiones o enfermedades laborales. Medicare puede efectuar un pago condicional.
Programa de Asistencia para Pacientes patrocinado por Fabricantes	Si reciben asistencia de un Programa de Asistencia para Pacientes patrocinado por Fabricantes	Sí
Organización Benéfica	Si recibe ayuda de una organización benéfica	Sí
Seguro de Responsabilidad Civil/Pública	Si está cubierto por un seguro de Responsabilidad Civil/Pública, por ejemplo, por accidente automovilístico, lesión en un lugar público o mala praxis.	Para recetas que cubre la Parte D que no están relacionadas con el accidente o lesión.

1/mayo/2014

Coordinación de Beneficios

36

Si obtiene ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, Medicare Parte D paga en primer lugar.

Si tiene una cobertura del Seguro para Accidentes del Trabajo, la Parte D pagará en primer lugar las recetas cubiertas que no estén relacionadas con la lesión o enfermedad laboral. Los planes Parte D realizarán siempre un pago primario "condicional" para aliviar la carga del tenedor de la póliza, a menos que se apliquen ciertas situaciones. El Plan Parte D no pagará si se entera que el afiliado tiene un seguro por accidentes del trabajo, o del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera, o una cobertura de responsabilidad civil o pública, y que ha indicado que cierto medicamento lo utiliza exclusivamente para el tratamiento de una enfermedad o lesión relacionada.

Por ejemplo, si usted renueva una receta pagada con anterioridad por el seguro de accidentes del trabajo, el Plan Parte D puede rechazar el pago primario y recurrir a Medicare como pagador secundario. El pago es "condicional" porque debe ser reembolsado a Medicare cuando se llegue a un acuerdo de pago, juicio o indemnización.

Los planes Medicare Parte D pagan en primer lugar las recetas cubiertas por los servicios necesarios por razones médicas del Plan D, y los programas de asistencia al paciente patrocinados por los fabricantes junto con las organizaciones benéficas pueden ayudar con los costos restantes. Los miembros de programas benéficos pueden presentar una tarjeta de identificación para venta al público en el punto de venta para obtener ayuda financiera.

Si está cubierto por un seguro de responsabilidad civil/pública, por ejemplo, por accidente automovilístico, lesión en un lugar público o mala praxis, la Parte D paga en primer lugar las recetas cubiertas por la Parte D que no estén relacionadas con el accidente o lesión.

Compruebe su conocimiento— Pregunta 4

Es importante tomar una decisión fundamentada sobre si es conveniente mantener o cancelar una cobertura del empleador o de un plan jubilatorio del sindicato, porque:

- a. Si cancela la cobertura de salud grupal para jubilados, no podrá recuperarla nuevamente.
- b. Si cancela la cobertura para medicamentos, también perderá la cobertura de hospital y de médico.
- c. Los miembros de la familia que están cubiertos con la misma póliza también podrán verse afectados.
- d. Todas las anteriores

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

37

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 4

Es importante tomar una decisión fundamentada sobre si es conveniente mantener o cancelar una cobertura del empleador o de un plan jubilatorio del sindicato, porque

- a. Si cancela la cobertura de salud grupal para jubilados, no podrá recuperarla nuevamente.
- b. Si cancela la cobertura para medicamentos, también perderá la cobertura de hospital y de médico.
- c. Los miembros de la familia que están cubiertos con la misma póliza también podrán verse afectados.
- d. Todas las anteriores

Respuesta: d. Todas las anteriores

Compruebe su conocimiento — Pregunta 5

Para las personas con cobertura de Medicare y todos los beneficios Medicaid que tengan un problema médico cubierto por el seguro de accidentes del trabajo

- a. Medicaid paga todas las recetas
- b. Medicare paga las recetas, salvo aquellas que estén relacionadas con lesiones o enfermedades laborales.
- c. Medicare paga todas las recetas
- d. Medicaid paga las recetas, salvo aquellas que estén relacionadas con lesiones o enfermedades laborales.

1/mayo/2015

Coordinación de Beneficios

38

Compruebe sus conocimientos — Pregunta 5

Para las personas con cobertura de Medicare y todos los beneficios Medicaid que tengan un problema médico cubierto por el seguro de accidentes del trabajo:

- a. Medicaid paga todas las recetas
- b. Medicare paga las recetas, salvo aquellas que estén relacionadas con lesiones o enfermedades laborales.
- c. Medicare paga todas las recetas
- d. Medicaid paga las recetas, salvo aquellas que estén relacionadas con lesiones o enfermedades laborales.

Respuesta: b. Medicare paga las recetas, salvo aquellas que estén relacionadas con lesiones o enfermedades laborales.

La Ley de Modernización de Medicare establece que las personas que tienen tanto Medicare como los beneficios completos de Medicaid recibirán cobertura de medicamentos de Medicare más que de Medicaid.

Guía de Referencia para Coordinación de Beneficios

Recursos		Productos Medicare
<p>Centros de Servicios de Medicaid y Medicare (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Usuarios de TTY 1-877-486-2048 Medicare.gov CMS.gov</p> <p>Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios 1-855-798-2627 TTY 1-855-797-2627</p> <p>Departamento de Trabajo de los EE. UU. 1-866-4-USA-DOL (1-866-487-2365) dol.gov/dol/topic/health-plans/cobra.htm</p> <p>Oficina de Administración de Personal (Programa Federal de Beneficios Médicos del Empleado) opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/</p>	<p>Centro de Programa de Asistencia para el Paciente rxassist.org</p> <p>Resumen de Beneficios Medicare/TRICARE TRICARE.mil/welcome/eligibility.aspx</p> <p>TRICARE TRICARE.mil/</p> <p>Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE. UU. 1-800-827-1000 Usuarios de TTY 1-800-829-4833. va.gov/opa/publications/benefits-book.asp</p> <p>Asuntos de los Veteranos benefits.va.gov/benefits/</p> <p>Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera dol.gov/compliance/topics/benefits-comp-blacklung.htm 1-800-638-7072 Usuarios de TTY 1-877-889-5627</p>	<p>Guía “Medicare y usted” Producto CMS No. 10050</p> <p>“Sus Beneficios Medicare” Producto CMS No. 10116</p> <p>“Medicare y otros beneficios médicos: Su guía para saber quién paga primero” Producto CMS No. 02179</p> <p>Para acceder a estos productos Vea y solicite copias individuales en Medicare.gov/publications</p> <p>Solicite varios ejemplares (solamente para asociados) a productordering.cms.hhs.gov Debe registrar su organización.</p>

Programa Nacional de Capacitación (NTP) de CMS

Si desea ver el material de capacitación de NTP o suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite

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

Si desea formular preguntas sobre productos de capacitación, envíe un correo electrónico a

training@cms.hhs.gov

Este módulo de capacitación está suministrado por el Programa de Capacitación Nacional (NTP) de CMS

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