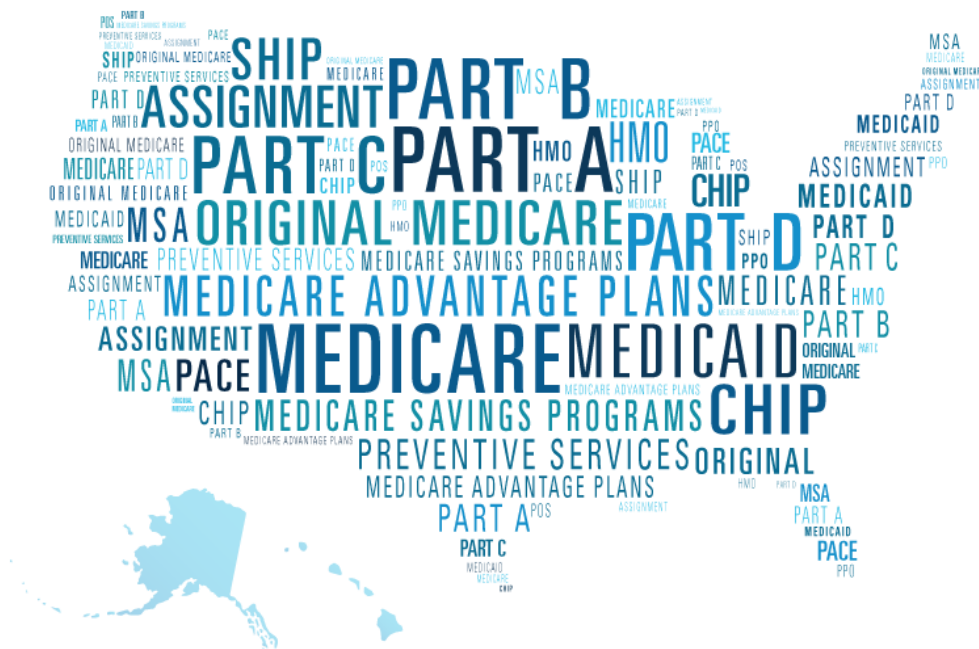


2015 National Training Program

Cuaderno de Trabajo

Módulo: 0

Introducción a Medicare





Programa de Capacitación Nacional 2015



Introducción a Medicare

*Con introducción al Mercado
de Seguros Médicos
facilitado por el gobierno
federal, Medicaid y recursos
relacionados*

"Introducción a Medicare" ofrece una introducción básica a Medicare, el Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal, Medicaid y recursos relacionados.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS en inglés), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP en inglés) y el Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal han elaborado y aprobado este módulo de capacitación.

La información en este módulo se modificó en mayo de 2015. Para buscar una versión actualizada, visite [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html](https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html).

El Programa de capacitación nacional de CMS ofrece esto como un recurso de información para nuestros socios. El presente no es un documento legal ni tiene fines de prensa. Los medios pueden comunicarse con la Oficina de prensa de CMS al correo electrónico press@cms.hss.gov. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

¿Qué es Medicare?

- Un seguro médico para personas
 - de 65 años o mayores;
 - menores de 65 años con ciertas incapacidades
 - Esclerosis lateral amiotrófica.
 - De cualquier edad con enfermedad renal en etapa terminal.

NOTA: Para obtener Parte A o Parte B debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos.

01/05/2015

Introducción a Medicare

2

Actualmente Medicare ofrece cobertura de seguros de salud a 54 millones de ciudadanos de EE. UU. Eso equivale a aproximadamente 1 de cada 6 estadounidenses.

Medicare es un seguro médico para, generalmente, 3 grupos de personas:

- Mayores de 65 años;
- Personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y que tienen derecho a beneficios del Seguro Social por incapacidad durante 24 meses (incluye Esclerosis lateral amiotrófica [ELA, también conocida como enfermedad de Lou Gherig], sin período de espera);
- Personas de cualquier edad que padezcan enfermedad renal en etapa terminal (ESRD en inglés), que es un fallo renal permanente que requiere diálisis frecuente o un trasplante de riñón;

un pequeño subconjunto de personas que pueden conseguir Medicare sobre la base de un peligro ambiental para la salud declarado por el gobierno federal, quienes tengan una afección relacionada con el asbesto asociado con dicho peligro. Actualmente únicamente corresponde para individuos afectados por un peligro en Libby, Montana.

NOTA: Para obtener Parte A o Parte B debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Si vive en Puerto Rico, debe inscribirse activamente en la Parte B. Consulte la sección "Cómo inscribirse en Medicare" de esta presentación, que comienza en la diapositiva 8, para obtener más información sobre los requisitos de inscripción.

¿Quién dirige Medicare?

- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
 - Administra el programa
- Administración del Seguro Social (SSA en inglés)
 - Inscribe a la mayoría de los individuos
- La Junta de Retiro Ferroviario (RRB en inglés) inscribe a los jubilados ferroviarios

01/05/2015

Introducción a Medicare

3

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) administran el programa de Medicare. Para obtener más información, visite [CMS.gov](https://www.cms.gov).

No obstante, el Seguro Social es el encargado de inscribir a la mayoría de las personas en Medicare. Para obtener más información, visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov).

Si es jubilado ferroviario, la Junta de Retiro Ferroviario se encargará de su inscripción. Para obtener más información, visite [RRB.gov](https://www.rrb.gov).

Las 4 partes de Medicare



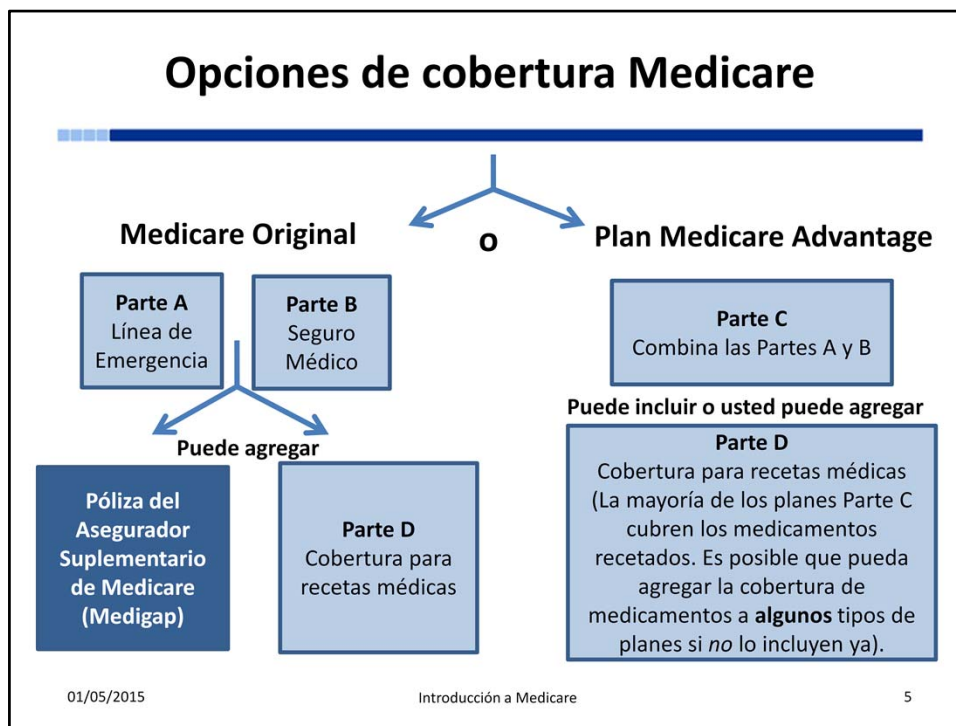
01/05/2015

Introducción a Medicare

4

Medicare cubre muchos tipos de servicios y cuenta con opciones sobre cómo recibir su cobertura de Medicare. Medicare tiene 4 partes:

- La **Parte A (Seguro de Hospital)** ayuda a pagar las estadías del paciente internado, el cuidado en un Centro de enfermería especializada, el cuidado de la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.
- La **Parte B (Seguro Médico)** ayuda a cubrir los servicios necesarios por razones médicas como las visitas médicas y el cuidado ambulatorio. Además, la Parte B cubre muchos servicios de prevención (incluidos exámenes de evaluación y vacunas), exámenes de diagnóstico, ciertas terapias y equipo médico duradero, como sillas de ruedas y andadores. En conjunto, la Parte A y la Parte B también se denominan "Medicare Original".
- La **Parte C (Medicare Advantage [MA en inglés])** es otra forma de obtener sus beneficios de Medicare. Aquí se combinan las partes A y B y, a veces, la D (cobertura de medicamentos recetados). Los planes de MA los gestionan compañías de seguro privadas que aprueba Medicare. Estos planes deben cubrir servicios necesarios por razones médicas. No obstante, los planes pueden cobrar copagos, coseguros o deducibles por estos servicios distintos de Medicare Original.
- La **Parte D (Cobertura Medicare para recetas médicas)** ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. La Parte D puede ayudarlo a reducir los gastos en medicamentos recetados y a protegerlo contra costos más altos en el futuro.



Existen dos maneras principales de obtener cobertura Medicare: Medicare Original o Planes Medicare Advantage (MA). Puede elegir de qué manera conseguir la cobertura:

1. En Medicare Original se incluyen la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). Puede optar por comprar una póliza Medigap (debe tener Parte A y Parte B) para cubrir algunos costos que no están cubiertos en Medicare Original. También puede elegir comprar una cobertura Medicare para recetas médicas (Parte D) a un Plan Medicare para Recetas Médicas (PDP en inglés) (puede tener solo Parte A, solo Parte B o ambas).
2. Los planes MA (Parte C), como una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO en inglés) o una Organización de proveedores preferidos (PPO en inglés), cubren los servicios y suministros de las Partes A y B. Además, puede incluir la cobertura Medicare para recetas médicas (MA-PD). Si desea incorporar la Parte D a los planes MA, puede incorporarse a los Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA en inglés) o al plan privado de pago por servicio; no puede incorporarse a un plan HMO o PPO sin cobertura de medicamentos*.

Las pólizas de Medigap no funcionan con estos planes. Si se incorpora a un Plan MA, no puede usar la póliza del Seguro suplementario de Medicare (Medigap) para pagar por los gastos directos de su bolsillo que tiene en el Plan Medicare Advantage.

*Visite [Medicare.gov/Pubs/pdf/11135-S.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11135-S.pdf) para acceder a la publicación "Cómo funciona la cobertura de Medicamentos de con un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costo Medicare".

Cómo inscribirse en Medicare: automático

- Inscripción automática para quienes reciben
 - Beneficios del Seguro Social
 - Beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario
- Paquete de Período de inscripción inicial
 - Enviado por correo 3 meses antes
 - de cumplidos los 65 años; o
 - al mes n.º 25 de los beneficios por incapacidad
 - Incluye su tarjeta Medicare



01/05/2015

Introducción a Medicare

6

Si ya es beneficiario del Seguro Social (por ejemplo, obtiene retiro temprano al menos 4 meses antes de cumplir los 65 años), automáticamente quedará inscrito en Medicare Parte A y Parte B sin necesidad de solicitud adicional. Recibirá un paquete de Período de Inscripción Inicial, que incluye su tarjeta Medicare y más información, alrededor de 3 meses antes de que cumpla los 65 años (la cobertura comienza el primer día del mes en que cumple los 65) o 3 meses antes del 25.º mes de beneficios por incapacidad (la cobertura comienza en el mes n.º 25 de beneficios por incapacidad).

Si aún no es beneficiario del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), deberá inscribirse para obtener Medicare. Más adelante hablaremos sobre los períodos en los que se puede inscribir.

NOTA: Si vive en Puerto Rico y es beneficiario del Seguro Social o de la RRB, automáticamente obtendrá Parte A el primer día del mes en el que cumpla 65 años o después de recibir los beneficios por incapacidad durante 24 meses. No obstante, si desea tener la Parte B, deberá inscribirse. Si no se inscribe para la parte B cuando sea elegible, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía siempre que tenga Parte B. Contáctese con la oficina local de Seguro Social o de la RRB para obtener más información.

NOTA: En esta diapositiva se ve la imagen de "Bienvenido a Medicare", Producto n.º 11095 de CMS. Es parte del paquete del Período de Inscripción Inicial. Visite [Medicare.gov/Pubs/pdf/11095.pdf](https://www.Medicare.gov/Pubs/pdf/11095.pdf).

Tarjeta Medicare

- Consérvela y acepte Medicare Parte A y Parte B
- Devuélvala para rechazar la Parte B.
 - Siga las instrucciones en el dorso de la tarjeta.

Frente

01/05/2015

Introducción a Medicare

Dorso

7

Si tiene Medicare Original usará su tarjeta Medicare roja, azul y blanca para obtener servicios de salud. La tarjeta Medicare le muestra el tipo de cobertura Medicare (Parte A y/o Parte B) que tiene y la fecha en que comenzó la cobertura. Es posible que su tarjeta difiera un poco de esta, pero igualmente es válida.

En la tarjeta Medicare también se ve su número de reclamación de Medicare. Para la mayoría de las personas, el número de reclamación tiene 9 números y 1 letra. También puede tener un número u otra letra después de la primera letra. Los 9 números muestran en qué expediente del Seguro Social se basa su Medicare. La letra o las letras y números indican cómo se relaciona usted con la persona con ese expediente. Por ejemplo, si obtiene Medicare por el expediente de Seguro Social, es posible que tenga la letra "A", "T" o "M", según si es beneficiario tanto de Medicare como del Seguro Social o únicamente de Medicare. Si obtiene Medicare por el expediente de su cónyuge, la letra puede ser "B" o "D". Para jubilados ferroviarios, las letras y los números están adelante del número del Seguro Social. Estos números y letras no tienen que ver con que tenga Medicare Parte A o Parte B. En caso de que haya información incorrecta en la tarjeta, deberá comunicarse con el Seguro Social (o con la Junta de Retiro Ferroviario si recibe beneficios por retiro ferroviario).

Si recibe su tarjeta Medicare en el paquete del Período de Inscripción Inicial y no desea la Parte B, siga las instrucciones y devuelva la tarjeta. Hablaremos más sobre los motivos por los cuales puede querer demorar la adopción de la Parte B. Si elige un Plan Medicare Advantage, es posible que el plan le dé una tarjeta para usar cuando reciba los suministros y servicios de atención médica.

NOTA: En [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/Sample-Medicare-Card-Job-Aid.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/Sample-Medicare-Card-Job-Aid.pdf) encontrará una tarjeta Medicare de muestra disponible. Cuando se hagan modificaciones a la tarjeta, se publicará una nueva muestra.

Cómo inscribirse en Medicare cuando no es automática

- Si no se inscribe automáticamente
 - Deberá inscribirse con el Seguro Social
 - Visite socialsecurity.gov; o
 - Llame al 1-800-772-1213; o
 - visite su oficina local.
 - Si es jubilado ferroviario, inscribese con la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).
 - Llame a la oficina local de la RRB o al 1-877-772-5772

01/05/2015

Introducción a Medicare

8

Si 4 meses antes de cumplir 65 años no recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) (porque, por ejemplo, todavía trabaja), deberá inscribirse en la Parte A (incluso aunque sea elegible para recibir la Parte A gratis) y en la Parte B. Deberá contactarse con el Seguro Social para solicitar Medicare 3 meses antes de cumplir los 65. Si trabajó para un ferrocarril, contáctese con la RRB para inscribirse. No tiene que estar jubilado para obtener Medicare.

Para quienes hayan nacido en 1938 o después, el beneficio del Seguro Social puede verse afectado por una disposición que eleva la edad en la cual los beneficios *completos* del Seguro Social son pagaderos.

Los beneficios del Seguro Social aumentarán gradualmente desde los 65 hasta los 67 años en un período de 22 años que comenzó en el año 2000 para quienes se jubilen a los 62.

Puede calcular su edad para reunir *todos* los beneficios de retiro del Seguro Social en SSA.gov/retirement/ageincrease.htm.

Quienes estén jubilados o se jubilen a los 62 recibirán beneficios parciales.

Lo antes posible que una persona puede comenzar a recibir los beneficios por retiro del Seguro Social sigue siendo a los 62 años.

Para obtener más información visite SSA.gov/pressoffice/IncRetAge.html.

NOTA: Si bien la edad para recibir todos los beneficios del Seguro Social está aumentando, la elegibilidad de los beneficios para Medicare sigue siendo los 65 años.

Cuándo debe inscribirse a Medicare

- El Período de Inscripción Inicial (IEP en inglés) dura 7 meses.
 - Comienza 3 meses antes de su cumpleaños n.º 65.
 - Incluye el mes en que cumple 65 años.
 - Finaliza 3 meses después de que haya cumplido 65 años.
 - La fecha de inicio se demorará.
- Puede inscribirse gratis en la Parte A en cualquier momento después de que comience el IEP.
- Solo puede inscribirse en la Parte B (y por una prima a la Parte A) durante el IEP y otros períodos limitados.
- Si no se inscribe durante el IEP puede recibir una multa de por vida.

01/05/2015

Introducción a Medicare

9

La primera oportunidad, y la más importante, para inscribirse en Medicare, especialmente en la Parte B, es durante el Período de Inscripción Inicial (IEP). Su IEP dura 7 meses. Comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años y finaliza 3 meses después de que los haya cumplido.

NOTA: Si cumple años el primer día del mes, su IEP es 1 mes antes. Es decir que el IEP comienza 4 meses antes de que cumpla los 65 y finaliza 2 meses después de que los haya cumplido.

Primero hablaremos sobre la inscripción para la Parte A:

Si es elegible para la Parte A **gratuita**, puede inscribirse en la Parte A una vez que el IEP haya comenzado (3 meses antes de que cumpla 65 años) y en cualquier mes después.

Si no es elegible para la Parte A gratuita, es decir que debe pagar una prima por la Parte A, solo podrá inscribirse a ella durante el IEP o durante los períodos de inscripción limitados para Parte B.

Ahora, veamos la inscripción para la Parte B.

Todos (independientemente de que reciban la Parte A gratis o deban pagar una prima por ella) pueden inscribirse en la Parte B durante

- El IEP
- El período de inscripción general (GEP en inglés)
- En situaciones limitadas, en un Período Especial de Inscripción (SEP en inglés)

Si no se inscribe en la Parte B (o Parte A con prima) durante el IEP, es posible que deba pagar una multa. Para la Parte B, es una multa de por vida.

Más información sobre inscripción durante el Período de Inscripción Inicial (IEP)

- Puede inscribirse en la Parte B (y Parte A con prima) durante el IEP.
- Debe pagar una prima mensual por cobertura.
- La cobertura comenzará según cuándo se inscriba:
 - Si se inscribe antes del mes en que cumple 65 años, la cobertura comenzará el mes en que cumple los 65.
 - Si se inscribe el mes en que cumple 65 años, la cobertura comenzará el mes siguiente.
 - Si se inscribe los últimos 3 meses del IEP, la cobertura no comenzará por unos 2 o 3 meses.

NOTA: Si es elegible para la Parte A sin prima, puede inscribirse en esta cuando lo desee después de que comience el IEP.

01/05/2015

Introducción a Medicare

10

La primera vez que puede inscribirse a Medicare es al comienzo del IEP. Nuevamente, el IEP comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años y finaliza 3 meses después de que los haya cumplido.

Durante el IEP, puede inscribirse en Parte A y Parte B. Primero trataremos la Parte B y la Parte A con prima. Sólo quienes no califiquen para la Parte A gratis deberán pagar una prima para cobertura de Parte A. Deberá pagar una prima mensual tanto para la cobertura de Parte B como para la cobertura de Parte A con prima.

La cobertura de la Parte B (o Parte A con prima) comenzará según el momento en que se haya inscrito a ella. Si se inscribe durante los primeros 3 meses del IEP (los 3 meses antes del mes en que cumple 65 años), la cobertura de la Parte B comenzará el primer día del mes en que cumpla 65.

Si se inscribe el mes en que cumple los 65, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

Si se inscribe durante los últimos 3 meses del IEP (los 3 meses después del mes en que cumplió 65 años), la cobertura comenzará 2 o 3 meses después de que haya cumplido 65.

Estas demoras se exigen por ley. Si no se inscribe en la Parte B (o Parte A con prima) durante el IEP, es posible que deba pagar una multa de por vida.

Si es elegible para la Parte A sin prima, puede inscribirse solo en la Parte A cuando lo desee después de que comience el IEP. Si se inscribe en la Parte A sin prima durante cualquier mes del IEP o 2 meses después de que el IEP haya finalizado, la cobertura para Parte A comenzará el primer día del mes en que cumpla 65 años.

Si se inscribe más adelante en la Parte A sin prima, la cobertura para esta comenzará 6 meses después; se cuenta a partir de la fecha en que el Seguro Social determinó que es elegible. Esto también lo exige la ley. No puede elegir la fecha de comienzo de la Parte A sin prima. La fecha en que comienza la Parte A sin prima es importante para quienes pagan una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA en inglés) porque no podrán depositar dinero en la HSA por 6 meses antes de la fecha de inicio de la Parte A.

Inscripción durante el Período de Inscripción General (GEP)

- GEP
 - Para quienes no se hayan inscrito a la Parte B (o Parte A con prima) durante el Período de Inscripción Inicial.
- Transcurre desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, anualmente.
- La cobertura comienza el 1 de julio.
- Es posible que deba pagar una multa de por vida
 - 10 % por cada 12 meses que haya pasado como elegible, pero que no se haya inscrito.

01/05/2015

Introducción a Medicare

11

Si no se inscribió para la Parte B (o Parte A con prima) durante el Período de Inscripción Inicial (IEP), puede inscribirse durante el Período de Inscripción General (GEP). Para la mayoría de quienes no se inscriban durante el IEP, es su única oportunidad de inscribirse en la Parte B.

El GEP se da anualmente. Comienza el 1 de enero y termina el 31 de marzo. Si se inscribe en el GEP, la cobertura comenzará el 1 de julio. Lo exige la ley.

Asimismo, si pasan más de 12 meses desde que cumplió 65 años, es probable que deba pagar una multa perdurable que se agregará a la prima mensual de la Parte B. Es decir que la prima mensual será más elevada que si se hubiera inscrito durante el IEP. Mientras más tiempo pase sin cobertura, mayor será la multa.

Inscripción durante el Período Especial de Inscripción (SEP)

- La mayoría de las personas no califican para un SEP.
- Debe contar con cobertura de plan de salud grupal según el empleo actual y activo suyo o de su cónyuge.
- Puede inscribirse:
 - En cualquier momento que aún lo cubra el plan de salud grupal; o
 - dentro de los 8 meses de pérdida la cobertura o el empleo actual, lo que suceda primero.

NOTA: Las coberturas para jubilados y COBRA no se consideran empleo activo.

01/05/2015

Introducción a Medicare

12

La ley solo permite unos pocos Períodos Especiales de Inscripción (SEP en inglés) para inscripción en la Parte B y Parte A con prima. La mayoría de las personas no califican para un SEP. Sin embargo, si aún trabaja, puede ser elegible.

El SEP le permite inscribirse después del Período de Inscripción Inicial (IEP) y no esperar hasta el Período de Inscripción General (GEP). Y no deberá pagar una multa.

Si no se inscribió para la Parte B (o Parte A con prima) durante el IEP, es posible que pueda inscribirse durante el SEP. El SEP es limitado.

Para ser elegible debe tener cobertura de un plan de salud grupal conforme a un empleo actual y activo. Si tiene 65 años o más, debe recibir esta cobertura subsidiada por el empleador acorde a su empleo actual o el de su cónyuge. Si tiene Medicare por una incapacidad, también puede recibir la cobertura subsidiada por el empleador conforme al empleo actual de un miembro.

Cabe destacar que COBRA, la cobertura a jubilados, el seguro de accidente del trabajo a largo plazo o la cobertura por VA no se consideran empleo actual y activo.

Para calificar para el SEP, debe haber contado con la cobertura del plan de salud grupal todos los meses que fue elegible para inscribirse en la Parte B, pero no lo hizo. Para la mayoría de las personas esto significa que tenían cobertura de plan de salud grupal desde que cumplieron los 65 años.

Puede inscribirse usando el SEP en cualquier momento mientras tenga cobertura del plan de salud grupal por empleo activo y actual. Si pierde la cobertura del plan de salud grupal o el empleo actual, tendrá 8 meses para inscribirse. Si no se inscribe dentro de los 8 meses, tendrá que esperar hasta el próximo GEP para inscribirse, habrá una falta de cobertura y es posible que deba pagar una multa.

Más adelante se hablará sobre la decisión de demorar la inscripción a la Parte B.

Revisión de decisión: ¿Cómo deseo obtener mi Cobertura Medicare?

- ¿Medicare Original o Medicare Advantage?
- ¿Debo elegir la Parte A y la Parte B? ¿Cuándo?
- ¿Necesito una póliza Medigap?
- ¿Qué sucede con la Parte D?
- ¿Qué debo hacer si no me jubilo a los 65?



"S, N, ¿quizás?"

01/05/2015

Introducción a Medicare

13

Deberá tomar ciertas decisiones sobre su cobertura Medicare, entre ellas, las siguientes:

- ¿Deseo tener Medicare Original o debo pensar en obtener un Plan Medicare Advantage?
- ¿Debo elegir la Parte A y la Parte B? ¿Cuándo?
- ¿Necesito una póliza Medigap?
- ¿Qué sucede con la Parte D?
- ¿Qué debo hacer si no me jubilo a los 65?

Compruebe su conocimiento: pregunta 1

¿Cuál de las siguientes opciones describe el Período de Inscripción Inicial?

- a. El período entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año.
- b. El período entre el 1 de enero y el 14 de febrero.
- c. Un período de 8 meses para inscribirse después de que se termina el trabajo o se termina el seguro del plan de salud grupal por trabajo, lo que suceda primero.
- d. Un período de inscripción que se encuentra disponible cuando resulta elegible para Medicare por primera vez (en la mayoría de los casos).

01/05/2015

Introducción a Medicare

14

Compruebe su conocimiento: pregunta 1

¿Cuál de las siguientes opciones describe el Período de Inscripción Inicial?

- a. El período entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año.
- b. El período entre el 1 de enero y el 14 de febrero.
- c. Un período de 8 meses para inscribirse después de que se termina el trabajo o se termina el seguro del plan de salud grupal por trabajo, lo que suceda primero.
- d. Un período de inscripción que se encuentra disponible cuando resulta elegible para Medicare por primera vez (en la mayoría de los casos).

Respuesta: d. Cuando resulta elegible para Medicare por primera vez lo que tiene disponible es un Período de Inscripción Inicial (IEP en inglés). Por ejemplo, si es elegible cuando cumple 65 años, puede inscribirse durante el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes de su cumpleaños nro. 65, incluye ese mes, y finaliza 3 meses después de haber cumplido 65.

Si tiene Medicare por incapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal, recibirá un segundo IEP cuando cumpla 65 años.

Medicare Original

Parte A: Cobertura de seguro de hospital



- La Parte A, seguro de hospital, ayuda a cubrir:
 - Cuidados en internación
 - Cuidados en un Centro de Enfermería Especializada (SNF en inglés) para pacientes internados
 - Sangre (internación)
 - Instituciones no médicas religiosas dedicadas al cuidado de salud (RNHCI en inglés) de pacientes internados
 - Cuidado de la Salud en el Hogar
 - Cuidado de hospicio

01/05/2015

Introducción a Medicare

15

Medicare Parte A (Seguro de Hospital) ayuda a cubrir los servicios de internación necesarios por razones médicas.

- Internación en hospital: habitación semiprivada, comidas, cuidados generales, otros suministros y servicios de hospital, así como también centros de rehabilitación de internación y cuidados de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (límite de 190 días).
- Cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF) para pacientes internados (no es cuidado a largo plazo, ni de compañía) bajo ciertas condiciones.
- Sangre: en la mayoría de los casos, si necesita sangre como paciente internado, no tendrá que pagarla o reemplazarla.
- Instituciones no médicas religiosas dedicadas al cuidado de salud (RNHCI en inglés) de pacientes internados. Medicare solamente cubrirá los servicios y productos no médicos, no religiosos para pacientes internados. Entre algunos ejemplos se incluyen habitación y hospedaje o cualquier producto o servicio que no necesite de una orden o receta médica, por ejemplo, vendajes para heridas no medicadas o el uso de un andador simple.
- Cuidado de la salud en el hogar: un médico o ciertos proveedores de atención médica que trabajan con el médico deben verlo personalmente para certificar que necesita servicios de salud en su hogar. Debe estar confinado en el hogar, es decir que salir de su casa le implica un esfuerzo importante.
- Cuidado de hospicio: su médico debe certificar que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. La cobertura incluye medicamentos para aliviar el dolor y tratamiento de los síntomas; servicios médicos, de enfermería y sociales; así como también servicios que Medicare generalmente no cubre, como asesoramiento para el duelo.

NOTA: Medicare no pagará las facturas médicas o del hospital si no reside legalmente en los Estados Unidos. Además, en la mayoría de las situaciones, Medicare no pagará las facturas médicas o del hospital si está en la cárcel.

Cómo pagar Medicare Parte A (Seguro de Hospital)

- La mayoría de las personas no pagan una prima por la Parte A
 - Si pagó los impuestos de la Ley de Contribución al Seguro Federal (FICA en inglés) al menos 10 años
- Si pagó FICA por menos de 10 años
 - Puede pagar una prima para obtener la Parte A
- Es posible que reciba una multa si no se inscribe cuando es elegible por primera vez.

01/05/2015

Introducción a Medicare

16

Generalmente no paga una prima mensual por la cobertura de la Parte A si usted o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban. A veces, esto se denomina Parte A gratis o sin prima. El impuesto de la Ley de Contribución al Seguro Federal (FICA) es un impuesto federal de nómina (o empleo) de EE. UU. que se le cobra tanto a empleados como empleadores para financiar el Seguro Social y Medicare.

Si no es elegible para la Parte A gratis, puede comprar la Parte A, si

- Tiene 65 años o más y posee (o se va a inscribir en) la Parte B, y cumple con los requisitos de ciudadanía y residencia.
- Es menor de 65 años, está incapacitado y su cobertura de Parte A se terminó porque volvió a trabajar. (Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, puede seguir recibiendo la Parte A gratis hasta 8 años y medio después de volver al trabajo).

En la mayoría de los casos, si elige comprar la Parte A, también debe contar con la Parte B y pagar una prima mensual por ambas. El monto de la prima depende de cuánto tiempo usted o su cónyuge hayan trabajado en un empleo con cobertura de Medicare.

Alrededor del 99 % de las personas con Medicare no pagan una prima por la Parte A porque tienen al menos 40 trimestres de empleo cubierto por Medicare. Los inscritos de 65 años o mayores y ciertas personas con incapacidades que tengan menos de 40 trimestres de cobertura pagarán una prima mensual para recibir cobertura bajo la Parte A.

El Seguro Social determina si tiene que pagar una prima mensual por la Parte A. En 2015, la prima para una persona que ha trabajado menos de 30 trimestres de un empleo con cobertura de Medicare es de \$407 por mes, \$19 menos que en 2014. Quienes posean entre 30 y 39 trimestres de cobertura pueden adquirir la Parte A por una tarifa de prima mensual reducida, es decir, \$224 para 2015; \$10 menos que en 2014. Si no es elegible para la Parte A gratis y no la adquiere cuando es elegible por primera vez, la prima mensual puede aumentar hasta un 10 % cada 12 meses que pase sin cobertura. Deberá pagar la prima más alta por el doble de la cantidad de años que podría haber tenido la Parte A, pero no se inscribió.

Si tiene recursos e ingresos limitados, su estado puede ayudarlo a pagar por la Parte A y/o B. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para obtener más información sobre la Parte A con prima. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Parte A: Lo que paga en Medicare Original, 2015

Internación	▪ \$1,260 de deducible y ningún coseguro para los días 1 a 60 de cada período de beneficios ▪ \$315 por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios ▪ \$630 por "día de reserva de por vida" después del día 90 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante toda su vida) ▪ Todos los costos para cada día después de los días de reserva de por vida ▪ Servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico limitados a 190 días en una vida
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada	▪ \$0 los primeros 20 días de cada período de beneficios ▪ \$157.50 por día para los días 21 a 100 de cada período de beneficios ▪ Todos los costos por cada día después del día 100 en un período de beneficios
Servicios de Cuidado de la salud en el hogar	▪ \$0 por servicios de cuidado de la salud en el hogar ▪ 20 % del monto aprobado por Medicare para equipo médico duradero

01/05/2015

Introducción a Medicare

17

En Original Medicare debe pagar ciertos costos. Esto es lo que pagará por período de beneficios (se analizan en la siguiente diapositiva) en 2015 por servicios necesarios por razones médicas cubiertos por la Parte A:

- **Internación**
 - \$1,260 de deducible para los días 1 a 60; \$315 de coseguro por día para los días 61 a 90; \$630 por "día de reserva de por vida" después del día 90 de cada período de beneficios* (hasta 60 días durante toda su vida); Todos los costos por cada día pasados los días de reserva de por vida; Cuidados de salud mental para paciente internado en hospital psiquiátrico limitados a 190 días a lo largo de su vida.
- **Cuidados en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)**
 - \$0 para los primeros 20 días de cada período de beneficios*; Hasta \$157.50 de coseguro por día para los días 21 a 100 de cada período de beneficios; todos los costos después del día 100

Si ingresa en un hospital o SNF después de que un período de beneficios ha terminado, comienza un nuevo período de beneficios. Deberá pagar el deducible por internación para cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

- **Servicios de Cuidado de la salud en el hogar**
 - \$0 por servicios de cuidado de la salud en el hogar
 - 20 % de la cantidad aprobada por Medicare (coseguro) para equipo médico duradero para proveedores que acepten una asignación (debe usar un proveedor por contrato si se encuentra en un área de oferta competitiva)

NOTA: Si no puede afrontar estos costos, hay programas que pueden ayudarlo. Más adelante analizaremos dichos programas.

Período de beneficios

- Mide el uso de los servicios de internación y de centros de enfermería especializada (SNF)
- Comienza el día en que recibe la internación
 - En hospital o SNF
- Finaliza cuando no ha ingresado al hospital o SNF por 60 días seguidos
- Paga un deducible para la Parte A para cada período de beneficios
 - \$1,260 en 2015
- No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

01/05/2015

Introducción a Medicare

18

Un período de beneficios es la forma en que Medicare Original mide el uso que usted hace de los servicios en Centros de enfermería especializada (SNF) y en hospitales. Un período de beneficios comienza el día en que se le ingresa como paciente internado en un hospital o SNF. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún tipo de cuidado en internación (o cuidado especializado en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o SNF después de que un período de beneficios ha terminado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios. Deberá pagar el deducible por internación para cada período de beneficios. Deberá pagar el deducible por internación de la Parte A (\$1,260 en 2015) para cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Ejemplos:

- Pasa 5 días en el hospital. Luego ingresa a un SNF para 20 días de rehabilitación. Luego, regresa a su hogar. El período de beneficios terminará cuando haya estado afuera del SNF por 60 días, u 85 días después de que ingresó por primera vez al hospital. Si durante ese lapso de tiempo no vuelve al hospital como paciente internado, pagará otro deducible para el siguiente período de beneficios.
- Ha vuelto a su casa después de haber estado internado en el hospital, o en una combinación de hospital y SNF. Después de 2 semanas en su casa, debe volver al hospital. Todavía no ha pasado 60 días sin internación, por lo que aún se encuentra en su primer período de beneficios. No tiene que pagar otro deducible por el hospital.

NOTA: Para calificar para servicios de atención poshospitalarios ampliados, es decir, un SNF, debe haber estado internado en un hospital, al menos, 3 días calendario consecutivos por razones médicas necesarias. El requisito de la estadía de tres días calendario consecutivos puede cumplirse con estadías que sumen 3 días consecutivos en uno o más hospitales. A fin de determinar si los requisitos se cumplen, se tiene en cuenta el día de admisión, *pero no el día del alta*, como día de internación. Es importante tener en cuenta que una estadía por una noche no garantiza que se lo considere paciente internado. La estadía de un paciente internado comienza el día en que lo ingresan formalmente con la solicitud de un médico.

Decisión: ¿Debo inscribirme para la Parte A?

- Tenga en cuenta
 - Es gratis para la mayoría de las personas
 - Puede pagarla si su historial de trabajo no es suficiente
 - Puede recibir una multa si se demora
 - Si usted o su cónyuge trabajan activamente y si tienen cobertura por el plan del empleador
 - Hable con su administrador de beneficios
- Deje de hacer aportes a la Cuenta de ahorros de salud 6 meses antes de la inscripción
- El seguro privado no tiene que pagar la atención primaria si no está inscrito

01/05/2015

Introducción a Medicare

19

Si recibe beneficios del Seguro Social o por Retiro ferroviario al menos 4 meses antes de cumplir los 65 años, automáticamente quedará inscrito en la Parte A sin prima.

Si no recibe la Parte A automáticamente, debe pensar en inscribirse para la Parte A cuando sea elegible por primera vez (durante el IEP). La mayoría no paga una prima mensual por la cobertura de la Parte A si uno o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban.

Si no es elegible para la Parte A gratis y no la adquiere cuando es elegible por primera vez, la prima mensual puede aumentar hasta un 10 % cada 12 meses que pase sin cobertura. Deberá pagar la prima más alta por el doble de la cantidad de años que podría haber tenido la Parte A, pero no se inscribió. El sobrecargo del 10 % de la prima se aplicará solamente después de que hayan pasado 12 meses desde el último día del IEP hasta el último día del período de inscripción que usó para inscribirse. Es decir, si pasan menos de 12 meses, no se aplicará ninguna multa. Esta multa tampoco se aplicará si es elegible para el Período Especial de Inscripción (SEP en inglés). Recuerde que sólo será elegible para un SEP si usted o su cónyuge (o algún miembro de su familia, si está incapacitado) están trabajando activamente y tienen cobertura por un plan de salud grupal a través del empleador o sindicato por ese trabajo; o durante el período de 8 meses que comienza el mes después de que finaliza el trabajo o la cobertura del plan de salud grupal, lo que suceda primero.

Si aún trabaja o tiene cobertura a través de su cónyuge, hable con el coordinador de beneficios del empleador para saber cómo se verá afectada la cobertura del empleador si se inscribe en Medicare (o demora la inscripción). Si tiene Medicare no podrá seguir aportando a la HSA. Hable con el administrador de beneficios de la compañía para saber cuándo debe dejar de hacer aportes a la HSA si planea inscribirse para Medicare. Es posible que deba dejar de aportar a la HSA hasta 6 meses antes de que comience su cobertura de Medicare. Podrá retirar dinero de la HSA después de inscribirse a Medicare para ayudar a pagar los gastos médicos (como deducibles, primas y copagos). Si aporta a la HSA después de tener Medicare, puede quedar sujeto a una multa impositiva por parte del Internal Revenue Service. Consulte la publicación 969 del IRS para obtener más información, y visite [IRS.gov/pub/irs-pdf/p969.pdf](https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p969.pdf).

NOTA: Si tiene un plan del Mercado y se inscribe para Medicare, perderá todo crédito tributario o copagos reducidos y coseguros que pueda estar recibiendo.

Medicare Original

Parte B: Cobertura de seguro médico

- La Parte B, seguro médico, ayuda a cubrir:
 - Servicios médicos
 - Servicios y suministros quirúrgicos y médicos ambulatorios
 - Análisis de laboratorio clínicos
 - Equipo médico duradero
 - Suministros para análisis para diabéticos
 - Servicios preventivos



01/05/2015

Introducción a Medicare

20

La Parte B de Medicare ayuda a cubrir los suministros y servicios ambulatorios necesarios por razones médicas.

- Servicios médicos: servicios necesarios por razones médicas.
- Suministros y servicios ambulatorios médicos y quirúrgicos: para procedimientos aprobados como suturas o radiografías.
- Servicios de laboratorio clínico: análisis de sangre, análisis de orina y algunos exámenes médicos.
- Equipo médico duradero como andadores y sillas de rueda: Es posible que necesite usar ciertos suministros que se encuentran en el Programa de Oferta Competitiva de suministros, ortóptica, prótesis y equipos médicos duraderos. Visite [Medicare.gov/supplierdirectory/](https://www.medicare.gov/supplierdirectory/).
- Suministros de análisis para diabetes: Quizás necesite usar proveedores específicos para ciertos tipos de suministros para análisis de diabetes.
- Servicios preventivos: exámenes, análisis, exámenes médicos y vacunas para prevenir, encontrar o tratar un problema médico.

Prima mensual de la Parte B

Si en 2013 el ingreso anual individual fue	Si en 2013 el ingreso anual conjunto fue	En 2015 pagará por mes
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	\$104.90
\$85,000.01 - \$107,000	\$170,000.01 - \$214,000	\$146.90
\$107,000.01 - \$160,000	\$214,000.01 - \$320,000	\$209.80
\$160,000.01 - \$214,000	\$320,000.01 - \$428,000	\$272.70
Más de \$214,000	Más de \$428,000	\$335.70

NOTA: Las primas generalmente se deducen del pago de su beneficio del Seguro Social.

01/05/2015

Introducción a Medicare

21

Paga la prima de la Parte B todos los meses. La mayoría de las personas pagarán la cantidad estándar de la prima en 2015, que es \$104.90. Sin embargo, si el ingreso bruto ajustado modificado según se informó en la declaración de impuestos del IRS de hace dos años (la información de declaración de impuestos más reciente proporcionada al Seguro Social por el IRS) supera cierta cantidad, es posible que deba pagar más. A continuación se presentan las primas de 2015 para la Parte B, según el ingreso bruto ajustado modificado para un individuo. Los rangos de ingreso para declaraciones conjuntas son el doble del de las declaraciones individuales.

- \$85,000 o menos, la prima de la Parte B es de \$104.90 por mes
- De \$85,000.01 a \$107,000, la prima de la Parte B es de \$146.90 por mes
- De \$107,000.01 a \$160,000, la prima de la Parte B es de \$209.80 por mes
- De \$160,000.01 a \$214,000, la prima de la Parte B es de \$272.70 por mes
- Más de \$214,000, la prima de la Parte B es de \$335.70 por mes

Si tiene que pagar una cantidad mayor por la prima de la Parte B y no está de acuerdo (por ejemplo, porque su ingreso ha bajado), llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778.

RECUERDE que esta prima puede ser mayor si no eligió la Parte B cuando fue elegible por primera vez. El costo de la Parte B puede aumentar un 10 % por cada período de 12 meses que haya pasado sin la Parte B. Una excepción a esta regla sería que pueda inscribirse a la Parte B durante un Período Especial de Inscripción porque usted o su cónyuge (o miembro de la familia, si está incapacitado) aún trabajan y tienen cobertura por un plan de salud grupal a través del empleo.

Parte B (Seguro médico): Lo que paga en Medicare Original en 2015

Deducible anual	\$147.00
Coseguro para servicios de la Parte B	▪ Coseguro del 20 % para la mayoría de los servicios cubiertos, por ejemplo, servicios de los médicos y ciertos servicios preventivos, si el proveedor acepta la asignación. ▪ \$0 para algunos servicios preventivos. ▪ Coseguro del 20 % para servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, y copagos para servicios ambulatorios en hospitales.

01/05/2015

Introducción a Medicare

22

Además de las primas, en Original Medicare debe pagar otros costos. Por ello, en 2015 pagará lo siguiente para los servicios necesarios por razones médicas de la Parte B:

- El deducible anual para la Parte B es de \$147 en 2015. Si tiene Medicare Original, pagará el deducible de la Parte B, que es la cantidad que una persona debe pagar por atención médica cada año calendario antes de que Medicare comience a pagar. Esta cantidad puede cambiar cada año en enero. Es decir que debe pagar los primeros \$147 de sus facturas médicas aprobadas por Medicare en 2015 antes de que Parte B comience a pagar por su atención.
- Coseguro para servicios de la Parte B. Por lo general, es el 20 % para la mayoría de los servicios cubiertos para los proveedores que acepten las asignaciones.
- Algunos servicios preventivos no tienen coseguro y el deducible de la Parte B no se aplicará siempre y cuando el proveedor acepte la asignación*.
- Usted paga 20 % por servicios de salud mental ambulatorios (consultas al médico u otro proveedor de servicios de salud para recibir un diagnóstico de su afección o supervisar o modificar las recetas o para el tratamiento ambulatorio de su condición [por ejemplo, asesoramiento o psicoterapia] para proveedores que acepten la asignación).
- Si no puede afrontar estos costos, hay programas que pueden ayudarlo. Más adelante analizaremos dichos programas.

*La asignación es un acuerdo entre Medicare y los proveedores de atención médica para aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago completo. Usted paga los deducibles y un coseguro (generalmente el 20 % de la cantidad aprobada). Si la asignación se rechaza, los proveedores podrán cobrarle hasta un 15 % de la cantidad aprobada (llamado también "cargo límite") y es posible que deba pagar el monto total por adelantado. Entre los servicios cubiertos se incluyen los servicios del doctor necesarios por razones médicas; terapia ambulatoria, como por ejemplo fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional sujeta a límites; la mayoría de los servicios preventivos; equipos médicos duraderos; y sangre que recibe como paciente ambulatorio que se no reemplazó después de las primeras 3 pintas.

Decisión: ¿Debo conservar la Parte B o inscribirme a ella?

- Tenga en cuenta
 - La mayoría paga una prima mensual
 - Generalmente se deduce de los beneficios de la SSA/Retiro ferroviario
 - La cantidad depende del ingreso
 - Puede complementar la cobertura del empleador
 - Comuníquese con el administrador de beneficios para comprender el impacto para su plan de empleador.

01/05/2015

Introducción a Medicare

23

Si ya obtiene los beneficios del Seguro Social (por ejemplo, obtención de retiro temprano) al menos 4 meses antes de cumplir los 65 años, automáticamente quedará inscrito en Medicare Parte A y Parte B sin necesidad de solicitud adicional. Recibirá un paquete de Período de Inscripción Inicial, que incluye su tarjeta Medicare y más información, alrededor de 3 meses antes de que cumpla los 65 años (la cobertura comienza el primer día del mes en que cumple los 65) o 3 meses antes del 25.^{vo} mes de beneficios por incapacidad (la cobertura comienza en el mes n.º 25 de beneficios por incapacidad).

La Parte B generalmente se deduce de los pagos mensuales por retiro federal, retiro ferroviario o del Seguro Social. La cantidad depende de su ingreso y de cuándo se inscriba en la Parte B. Si demora la inscripción, puede que tenga que pagar una multa de por vida, la cual se agregará a la prima mensual de la Parte B.

Quienes no reciban un pago por retiro o aquellos cuyos pagos no sean suficientes para cubrir la prima recibirán una factura de Medicare por las primas de la Parte B. La factura puede pagarse con tarjeta de crédito, cheque o giro postal.

Si tiene cobertura por empleador o sindicato mientras usted o su cónyuge, o miembro familiar si usted está incapacitado, siguen trabajando, sus derechos de inscripción a la Parte B pueden verse afectados. Esto incluye empleo federal y estatal y servicio militar activo con TRICARE. Debe contactarse con el administrador de beneficios del sindicato o empleador para saber de qué manera funciona su seguro con Medicare y si debe inscribirse a la Parte B durante el Período de Inscripción Inicial.

Cuándo debe tener la Parte B

- Debe tener la Parte B si:
 - Desea adquirir una póliza Medigap
 - Desea inscribirse en un Plan Medicare Advantage
- Es elegible para TRICARE for Life (TFL) o CHAMPVA
- Su cobertura por empleador así lo exige (menos de 20 empleados)
 - Hable con su administrador de beneficios del sindicato o del empleador
- Los beneficios para VA son independientes de los de Medicare
 - Pagará una multa si se inscribe tarde o si no se inscribe durante el Período de Inscripción Inicial

01/05/2015

Introducción a Medicare

24

Debe tener la Parte B si

- Desea adquirir una póliza Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
- Desea inscribirse en un Plan Medicare Advantage
- Es elegible para TRICARE for Life (TFL)* o para el Programa de Salud Civil y Médico del Departamento de Asuntos de Veteranos (CHAMPVA en inglés)
- La cobertura del empleador le exige a usted o a su cónyuge o miembro de la familia que lo tenga; menos de 20 empleados (hable con su administrador de beneficios del sindicato o empleador)

Los beneficios para veteranos son independientes de los de Medicare con beneficios para veteranos, puede elegir no inscribirse en la Parte B, pero pagará una multa si no se inscribe en la Parte B durante el Período de Inscripción Inicial (visite VA.gov). Si tiene cobertura por VA, no será elegible para inscribirse en la Parte B utilizando el Período Especial de Inscripción (SEP).

*TFL ofrece cobertura médica ampliada a las personas de 65 años o mayores jubiladas de servicios militares elegibles para Medicare, a los miembros elegibles de la familia y sobrevivientes, y a ciertos ex cónyuges. **Debe** tener Medicare Parte A (Seguro de hospital) y Medicare Parte B (Seguro médico) para obtener los beneficios de TFL. No obstante, si es un miembro de las fuerzas armadas en servicio activo o cónyuge o hijo dependiente de un miembro de las fuerzas armadas en servicio activo, no tiene que inscribirse a la Parte B para conservar la cobertura de TRICARE. Cuando esa persona se retire, usted deberá inscribirse para la Parte B para conservar la cobertura de TFL. Puede conseguir la Parte B durante un Período de inscripción especial si tiene Medicare porque tiene 65 años o más o está incapacitado. Para obtener más información, visite: Tricare.mil/mybenefit.

Para conservar su cobertura de CHAMPVA debe tener Parte A y Parte B.

NOTA: Consulte también Medicare.gov/Pubs/pdf/02179.pdf para obtener más información sobre "Quién paga primero".

Parte B y empleo activo

- Si no tiene cobertura por un empleo activo
 - Y demora la inscripción a la Parte B, puede implicarle
 - Primas más elevadas
 - Pagar gastos extra por la atención médica
 - Esperar hasta el próximo Período de inscripción general para inscribirse (del 1 de enero al 31 de marzo)
 - La cobertura no empezará hasta el 1 de julio
- Si tiene cobertura por un empleo activo
 - Quizás desee demorar la inscripción a la parte B
 - No se le cobrará ninguna multa si se inscribe mientras tenga cobertura o dentro de los 8 meses de haber perdido la cobertura.

01/05/2015

Introducción a Medicare

25

Si no opta por la Parte B cuando es elegible por primera vez, deberá pagar una multa de la prima del 10 % por cada período de 12 meses que haya pasado sin inscribirse a la Parte B, excepto situaciones especiales. En la mayoría de los casos, deberá pagar dicha multa mientras tenga la Parte B.

Si no obtiene la Parte B cuando es elegible por primera vez, puede tener que esperar a inscribirse durante un Período de Inscripción General (GEP), que va desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. La cobertura entrará en vigencia el 1 de julio de ese año.

Si tiene cobertura por empleador (incluidos empleos estatales o federales, pero no el servicio militar) o por sindicato mientras usted o su cónyuge (o miembro familiar si usted está incapacitado) siguen trabajando, sus derechos de inscripción a la Parte B pueden verse afectados. Si usted o su cónyuge tienen cobertura a través de un empleo activo, tendrán un Período Especial de Inscripción (SEP). Esto implica que podrá inscribirse a la Parte B en cualquier momento en que usted o su cónyuge (o algún miembro de su familia, si está incapacitado) estén trabajando, y tengan cobertura por un plan de salud grupal a través del empleador o sindicato por ese trabajo; o durante el período de 8 meses que comienza el mes después de que finaliza el trabajo o la cobertura del plan de salud grupal, lo que suceda primero. Generalmente, no tiene que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe durante un SEP. Este SEP no corresponde para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD en inglés).

Debe contactarse con el administrador de beneficios del sindicato o del empleador para saber de qué manera funciona su seguro con Medicare y si lo beneficia demorar la inscripción en la Parte B.

Compruebe su conocimiento: pregunta 2

¿Qué parte de Medicare cubre los suministros para análisis para diabéticos?

- a. Parte A
- b. Parte B
- c. Parte C
- d. Parte D

01/05/2015

Introducción a Medicare

26

Compruebe su conocimiento: pregunta 2

¿Qué parte de Medicare cubre los suministros para análisis para diabéticos?

- a. Parte A
- b. Parte B
- c. Parte C
- d. Parte D

Respuesta: b. Medicare Parte B (Seguro Médico) cubre algunos suministros para la diabetes, entre ellos, los siguientes:

- Tiras reactivas para análisis de azúcar (glucosa) en sangre
- Monitores para analizar el azúcar en sangre
- Insulina
- Lancetas y accesorios para lancetas
- Soluciones de control de glucosa
- Calzado o plantillas terapéuticos

Quizás necesite usar proveedores específicos para ciertos tipos de suministros para la diabetes. Visite [Medicare.gov/supplierdirectory/search.html](https://www.medicare.gov/supplierdirectory/search.html).

Compruebe su conocimiento: pregunta 3

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor lo que cubre la Parte B cuando los servicios son necesarios por razones médicas?

- a. Primeras 3 pintas de sangre, todos los costos para cuidados en un centro de enfermería especializada después del día 100 en el período de beneficios.
- b. Consultas en la sala de emergencia, radiografías, análisis de laboratorio.
- c. Medicamentos recetados
- d. Cuidados en internación, cuidados para pacientes internados en centros de enfermería especializada, cuidados de la salud en el hogar y cuidados de hospicio.

01/05/2015

Introducción a Medicare

27

Compruebe su conocimiento: pregunta 3

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor lo que cubre Medicare Parte A (Seguro de Hospital) cuando los servicios son necesarios por razones médicas?

- a. Primeras 3 pintas de sangre, todos los costos para cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF) después del día 100 en el período de beneficios.
- b. Consultas en la sala de emergencia, radiografías, análisis de laboratorio.
- c. Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios
- d. Cuidados en internación, cuidados para pacientes internados en un SNF, cuidados de la salud en el hogar y cuidados de hospicio.

Respuesta: d. Cuidados en internación, cuidados para pacientes internados en un SNF, cuidados de la salud en el hogar y cuidados de hospicio.

La Parte A, seguro de hospital, ayuda a cubrir:

- Cuidados en internación
- Cuidados para pacientes internados en un SNF
- Cuidado de la salud en el hogar
- Cuidado de hospicio
- Sangre

¿Qué es una póliza Medigap?

- Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
 - Las venden compañías privadas
- Cubre faltas en Medicare Original
 - Deducibles, coseguro, copagos
- Todos los planes con la misma letra
 - tienen la misma cobertura;
 - los costos son distintos;
 - excepto en Minnesota, Massachusetts y Wisconsin

01/05/2015

Introducción a Medicare

28

Ahora veamos cómo puede afrontar algunos de los gastos asociados a la cobertura de Medicare Original. Una póliza Medigap es un seguro de salud que venden compañías de seguros privadas para cubrir lo que no cubre la cobertura de Medicare Original. Las pólizas Medigap pueden ayudarlo a pagar su parte (coseguro, copagos o deducibles) de los costos de los servicios cubiertos por Medicare. Ciertas pólizas de Medigap también cubren ciertos beneficios que Medicare Original no cubre.

Las pólizas Medigap no cubren su parte de los costos bajo otros tipos de cobertura de salud, incluidos los Planes Medicare Advantage, Planes Medicare para recetas médicas independientes, cobertura de salud grupal por sindicato/empleador, Departamento de beneficios de Asuntos de los Veteranos o TRICARE.

En todos los estados, excepto en Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, las pólizas Medigap deben ser uno de los Planes A, B, C, D, F, G, K, L, M o N estandarizados, para que se los pueda comparar fácilmente. Cada plan tiene un conjunto de beneficios que son los mismos para todas las compañías de seguros. Es importante comparar las pólizas Medigap porque los costos pueden variar. Cada compañía decide qué pólizas Medigap venderá y el precio de cada plan, con revisión y aprobación del estado. Entre otras diferencias se incluyen un período de espera por condiciones preexistentes, intercambio de reclamaciones entre el Contratista Administrativo de Medicare y la póliza Medigap, garantizar la emisión, etc.

Para obtener más información sobre Medigap, consulte el Módulo 3 en la biblioteca de capacitaciones, o visite:

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

Tipos de planes Medigap

Beneficios	Planes del Asegurador suplementario de Medicare (Medigap)									
	A	B	C	D	F*	G	K	L	M	N
Coseguro y gastos de hospital de Medicare Parte A (hasta 365 días adicionales después de usar los beneficios de Medicare)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Coseguro o copago de Medicare Parte B	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	50 %	75 %	100 %	100 % ***
Sangre (primeras 3 pintas)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	50 %	75 %	100 %	100 %
Copago o coseguro por cuidados de hospicio de la Parte A	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	50 %	75 %	100 %	100 %
Coseguro por cuidado en un centro de enfermería especializada			100 %	100 %	100 %	100 %	50 %	75 %	50 %	100 %
Deducible de la Parte A		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	50 %	75 %	100 %	100 %
Deducible de la Parte B			100 %		100 %					
Cargos en exceso de la Parte B					100 %	100 %				
Emergencia en viaje al extranjero (hasta los límites del plan)			80 %	80 %	80 %	80 %			80 %	80 %
Límite de gastos directos de su bolsillo en 2015**							\$4,940	\$2,470		

*El Plan F también se ofrece como un plan de deducible alto en ciertas compañías de seguro de algunos estados. Si elige esta opción, ello implica que deberá pagar por los costos cubiertos por Medicare (coseguro, copagos y deducibles) hasta la cantidad deducible de \$2,180 en 2015 antes de que la póliza pague.

**Para los Planes K y L, después de que haya alcanzado su límite anual de gastos directos de bolsillo y el deducible anual de la Parte B (\$147 en 2015), el plan Medigap pagará el 100 % de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

*** El Plan N paga el 100 % del coseguro de la Parte B, excepto por un copago de hasta \$20 por algunas consultas y un copago de hasta \$50 para visitas a la urgencia que no conlleven a una internación.

Todas las pólizas Medigap cubren un conjunto básico de beneficios, incluidos los siguientes:

- Todos los planes cubren el 100 % del coseguro y los gastos de hospital de Medicare Parte A hasta 365 días más después de haber usado todos los beneficios de Medicare.*
- Copago y coseguro de Medicare Parte B, donde los planes A, B, C, D, E, F, G, M y N cubren el 100 %. El Plan N paga el 100 % del coseguro de la Parte B, excepto por un copago de hasta \$20 por algunas consultas y un copago de hasta \$50 para visitas a la urgencia que no conlleven a una internación. El plan K paga el 50 % del coseguro o copago de Medicare Parte B, y el Plan L paga el 75 %.
- Sangre (3 primeras pintas), con los planes A, B, C, D, F, G, M y N se cubre el 100 %, el Plan K paga el 50 % y el Plan L paga el 75 %.
- Copago o coseguro de cuidado de hospicio de la Parte A, con los planes A, B, C, D, F, G, M y N se cubre el 100 %, el Plan K paga el 50 % y el Plan L paga el 75 %.

Además, cada plan Medigap cubre distintos beneficios:

- El coseguro de cuidado en un centro de enfermería especializada está cubierto en un 100 % con los planes C, D, F, G, M y N se cubre el 100 %, un 50 % en el Plan K y un 75 % en el Plan L.
- El deducible de Medicare Parte A está cubierto en un 100 % en los Planes B, C, D, F, G y N; en un 50 % en los planes K y M; y en un 75 % en el Plan L.
- El deducible de Medicare Parte B está 100 % cubierto en los planes Medigap C y F.
- Los cargos en exceso de Medicare Parte B están 100 % cubierto en los planes Medigap F y G.
- Los costos de emergencias en viajes al extranjero hasta los límites del plan están cubiertos en un 80 % por los planes Medigap C, D, F, G, M y N.
- Los planes K y L tienen límites de gastos directos de su bolsillo de \$4,940 y \$2,470, respectivamente, en 2015.

*El Plan F también ofrece un plan de deducible alto en ciertas compañías de seguro de algunos estados.

Decisión: ¿Necesito una póliza Medigap?

- Tenga en cuenta lo siguiente
 - Sólo es compatible con Medicare Original
 - ¿Tiene alguna otra cobertura suplementaria?
 - En caso afirmativo, quizás no necesite Medigap
 - ¿Puede afrontar los copagos y deducibles de Medicare?
 - ¿Cuánto cuesta la prima mensual de Medigap?

01/05/2015

Introducción a Medicare

30

Debe tener Medicare Original para obtener una póliza Medigap; Medigap no funciona con Medicare Advantage.

Si posee otra cobertura complementaria a Medicare, como cobertura por jubilado, puede que no necesite Medigap.

Debe tener en cuenta si puede afrontar los copagos y deducibles de Medicare y comparar esto con lo que cuesta la prima mensual de Medigap.

¿Cómo encuentro la póliza Medigap indicada para mí?

- Compare los planes por teléfono o por computadora
 - Visite Medicare.gov
 - Use la herramienta de comparación de Medigap
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
 - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP en inglés)
 - Pocos estados amplían la cobertura a la población incapacitada.
 - Consulte con su Departamento estatal de seguro

01/05/2015

Introducción a Medicare

31

Los beneficios en cualquier plan Medigap que estén identificados con la misma letra son iguales, independientemente de la compañía de seguros a la que le haya comprado la póliza. Por ejemplo, todas las pólizas Medigap Plan A ofrecen los mismos beneficios. Es posible que distintas compañías de seguro cobren primas diferentes por la misma póliza. Al momento de comprar una póliza, asegúrese de comprar la misma póliza (por ejemplo, compare el Plan A de una compañía con el Plan A de otra compañía).

Para encontrar una póliza Medigap en su área, por computadora o por teléfono:

- Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) y use la herramienta de comparación de Medigap.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para recibir asesoramiento gratuito y ayuda para comparar las pólizas Medigap. Puede conseguir el número de teléfono si llama al 1-800-MEDICARE.
- Pocos estados amplían la cobertura a personas que tienen Medicare por una incapacidad. Consulte con el Departamento Estatal de Seguros.

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

- Tenga en cuenta lo siguiente
 - El Período de Inscripción Abierta (OEP en inglés) de Medigap comienza el mes que cumple 65 años o más Y se inscribe a la Parte B.
 - Dura 6 meses como mínimo, puede ser más tiempo en su estado.
 - Tiene cobertura, las compañías DEBEN venderle un plan si está en el OEP.
 - También puede comprar una póliza de Medigap cuando sea que una compañía acceda a venderle una.
 - Si esto se demora, puede haber restricciones.

01/05/2015

Introducción a Medicare

32

Generalmente el mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el Período de Inscripción Abierta (OEP). Comienza cuando tiene 65 años o más y se inscribe a la Parte B por primera vez. También debe tener Medicare Parte A para tener una póliza Medigap.

Tiene un OEP de 6 meses con Medigap, esto le garantiza el derecho a comprar una póliza Medigap. Ciertos estados pueden tener un período más prolongado. Una vez que comienza el período, no puede demorarse ni repetirse.

Durante el OEP de Medigap, las compañías no pueden hacer lo siguiente:

- Rehusarse a venderle una póliza Medigap que ofrecen.
- Hacerlo esperar para recibir cobertura (puede ser un período de espera por condiciones preexistentes si no tiene cobertura acreditable antes del OEP).
- Cobrarle más por un problema de salud presente o anterior.

Quizás desee solicitar una póliza Medigap antes de que comience el Período de Inscripción Abierta a Medigap si la cobertura de seguro de salud actual termina el mes en que pasa a ser elegible para Medicare, o cumple 65 años, para tener cobertura continua sin interrupciones.

También puede comprar una póliza de Medigap cuando sea que una compañía acceda a venderle una. No obstante, puede que haya restricciones, como una revisión de historial médico o un período de espera por condiciones preexistentes.

La revisión de historial médico es un proceso utilizado por las compañías de seguro para averiguar sobre su estado de salud cuando solicita cobertura del seguro de salud, con el fin de determinar si deben ofrecerle cobertura, a qué precio y con qué exclusiones o límites.

Para comprar una póliza Medigap, siga estos pasos

- Decida qué Plan de Medigap del A al N tiene los beneficios que necesita.
 - Busque las compañías de seguros que venden pólizas Medigap en su estado.
 - Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), al Departamento Estatal de Seguros o visite Medicare.gov.
 - Consulte si su estado extiende la cobertura para aquellos que tienen una incapacidad.
- Llame a las compañías de seguro y busque la mejor póliza a un precio que pueda pagar.
- Una vez que elija la compañía de seguros y la póliza Medigap, solicite la póliza.

01/05/2015

Introducción a Medicare

33

Para comprar una póliza Medigap, siga estos pasos:

- Decida qué Plan de Medigap del A al N tiene los beneficios que necesita.
- Averigüe qué compañías de seguros venden pólizas Medigap en su estado, para eso, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de salud, al Departamento Estatal de Seguros o visite Medicare.gov.
- Las coberturas de Medigap federales no se ofrecen a personas con Medicare debido a una incapacidad, por lo que debe contactarse con el Departamento Estatal de Seguros para determinar si su estado amplía estas protecciones a personas menores de 65 años.
- Llame a las compañías de seguro y busque la mejor póliza a un precio que pueda pagar.
- Compre la póliza Medigap. Una vez que elija la compañía de seguros y el plan Medigap, solicite la póliza. La compañía de seguros debe darle un resumen claramente redactado de su póliza Medigap cuando lo solicite.

Compruebe su conocimiento: pregunta 4

¿Qué fallas en la cobertura o costos puede ayudar a completar Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)?

- a. Deducibles de la Partes A y/o Parte B
- b. Multas por inscripción a Medicare
- c. Copagos de medicamentos recetados
- d. Primas de Medicare

01/05/2015

Introducción a Medicare

34

Compruebe su conocimiento: pregunta 4

¿Qué fallas en la cobertura o costos puede ayudar a completar Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)?

- a. Deducibles de la Partes A y/o Parte B
- b. Multas por inscripción a Medicare
- c. Copagos de medicamentos recetados
- d. Primas de Medicare

Respuesta: a. Deducibles de la Partes A y/o Parte B

Las pólizas del asegurador suplementario de Medicare (Medigap) cubren las faltas en la cobertura de Medicare Original, como deducibles, coseguro y copago para servicios cubiertos por Medicare.

Parte D: Cobertura Medicare para recetas médicas.

- Disponible para todas las personas con Medicare
- Se proporciona a través de
 - Planes Independientes para Recetas Médicas (PDP en inglés)
 - Planes Medicare Advantage para Recetas Médicas (MA-PD en inglés)
 - Algún otro plan de salud de Medicare



Medicare Parte D es la cobertura Medicare para recetas médicas. Esta parte se ofrece a través de Planes Medicare para Recetas Médicas (PDP en inglés) y Planes Medicare Advantage (MA) con cobertura Medicare para recetas médicas.

Existen otros tipos de planes de salud Medicare que ofrecen cobertura de atención médica que no son los Planes Medicare Advantage, pero igualmente son parte de Medicare, como los Planes de Costos Medicare y los Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE en inglés). Algunos de estos planes ofrecen cobertura para Medicare Parte A y Parte B, mientras que otros proporcionan cobertura sólo para la Parte B. Algunos también ofrecen la Parte D. Estos planes tienen en parte las mismas reglas que los planes MA. Sin embargo, cada tipo de plan tiene reglas especiales y excepciones, por lo que debe contactarse con todos los planes en los que esté interesado para obtener más detalles.

Cómo funciona Medicare Parte D

- Es opcional.
 - Puede elegir un plan e inscribirse.
 - Puede recibir una multa por inscribirse más tarde.
- Los planes tienen formularios.
 - Listas de medicamentos cubiertos.
 - La mayoría incluyen un rango de medicamentos de cada categoría.
- Paga una prima mensual por el plan.
- Paga deducibles y copagos.
- Obtiene ayuda adicional para pagar los costos de la Parte D
 - Si tiene recursos e ingresos limitados.

01/05/2015

Introducción a Medicare

36

Medicare establece contratos con compañías de seguro privadas que ofrecen planes de medicamentos recetados a las personas con Medicare. Todos los que tengan Medicare pueden obtener cobertura Medicare para recetas médicas si se inscriben en un Plan Medicare para medicinas. Es posible que deba pagar una multa por inscribirse más tarde. Puede obtener esta cobertura con un Plan Medicare Advantage (con cobertura para medicamentos recetados), pero debe tener la Parte A y la Parte B.

Cada plan tiene un formulario o una lista de medicamentos cubiertos. El formulario para cada plan debe incluir un rango de medicamentos en las categorías que se recetan más comúnmente. Esto garantiza que las personas con distintas condiciones médicas puedan recibir el tratamiento que necesitan. Generalmente, todos los planes Medicare para medicinas deben cubrir al menos dos medicamentos en cada categoría de fármacos, pero los planes pueden elegir qué medicamentos específicos se cubren en cada categoría.

Los costos varían según el plan. La mayoría pagará una prima mensual por cobertura Medicare para recetas médicas. Además, pagará una parte del costo de sus recetas, incluidos un deducible (si el plan lo tiene), copagos o coseguro. Todos los planes Medicare para medicinas deben ofrecer al menos un nivel estándar de cobertura dispuesto por Medicare. Sin embargo, algunos planes pueden ofrecer más cobertura y medicamentos adicionales; generalmente por una prima mensual más alta.

Si tiene Cobertura Medicare para recetas médicas (Parte D) y un ingreso anual más elevado, también es posible que deba pagar un Ajuste Mensual Acorde a su Ingreso (IRMAA en inglés) para la Parte D. Si debe pagar esta cantidad extra para Medicare Parte D, la cantidad se deducirá o bien de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, o bien Medicare le enviará una factura mensualmente. Si recibe una factura por IRMAA para Parte D, pagará dicho monto a Medicare, no al plan Parte D.

Quienes tengan ingresos y recursos limitados pueden recibir ayuda adicional para pagar los costos del Plan Medicare para medicinas. Esta "ayuda adicional" se analiza en más detalle en la diapositiva 57.

¿Quiénes pueden inscribirse para la Parte D?

- Para inscribirse para la Parte D, debe cumplir con los siguientes requisitos:
 - Debe tener Parte A y/o Parte B
 - Debe vivir en el área de servicio del plan
 - No puede vivir afuera de los Estados Unidos
 - No puede estar en la cárcel
 - Debe residir legalmente (vigencia a partir del 1/1/2016)
 - Debe inscribirse activamente para unirse en la mayoría de los casos
 - Ciertas personas con ingresos y recursos limitados quedan inscritas automáticamente a un plan

01/05/2015

Introducción a Medicare

37

Cualquier persona que tenga Medicare Parte A o Parte B es elegible para inscribirse a un plan Medicare para medicinas.

Debe vivir en el área de servicio del plan para poder inscribirse.

No puede vivir afuera de los Estados Unidos o estar en la cárcel; y debe residir legalmente en el país. Cualquier persona que no resida legalmente quedará desafiada (sin anterioridad), con fecha de entrada en vigencia el 1/1/2016.

En la mayoría de los casos, debe hacer usted la solicitud para inscribirse. Ciertas personas con ingresos y recursos limitados quedan inscritas automáticamente. Esto se analizará más adelante en la presentación.

¿Cuándo puedo inscribirme para un Plan Parte D?

- Durante el Período de Inscripción Inicial de 7 meses.
- Durante el Período de Inscripción Abierta anual.
 - Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.
 - La cobertura comienza el 1 de enero.
- Puede inscribirse en otro momento.
 - Período de desafiliación de Medicare Advantage
 - Período Especial de Inscripción
 - Por ejemplo, en cualquier momento en que reciba ayuda adicional.

01/05/2015

Introducción a Medicare

38

Puede inscribirse a un Plan Medicare para medicinas la primera vez que es elegible para Medicare, durante el Período de Inscripción Inicial, que comienza 3 meses inmediatamente antes de su primer beneficio para las Parte A y B.

El período de elección anual/**Período de Inscripción Abierta** (OEP en inglés) dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Toda persona elegible puede inscribirse, cambiar o renunciar a un Plan Medicare para medicinas en ese período. Cada año tiene la posibilidad de modificar su cobertura Medicare para recetas médicas o su cobertura Medicare Advantage para el año siguiente. La cobertura comienza el 1 de enero. Para la mayoría de las personas, es el momento del año en que se pueden hacer modificaciones. Si realiza modificaciones durante este período, la cobertura nueva comenzará el 1 de enero si el plan recibe su solicitud hasta el 7 de diciembre. Generalmente, su inscripción comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Por lo general, debe permanecer inscrito por el año calendario. No obstante, en ciertas situaciones puede inscribirse en algún otro momento, por ejemplo, cuando cambia de Medicare Advantage (durante el período de desafiliación) a Medicare Original, puede agregar cobertura de la Parte D. También puede ser elegible para un Período Especial de Inscripción (SEP en inglés), con el cual tiene la posibilidad de inscribirse, cambiar o renunciar a un plan Medicare para medicinas.

- Si se traslada permanentemente a un sitio distinto del del área de servicio del plan.
- Si pierde la otra cobertura acreditable de medicamentos por receta ("acreditable" significa que la cobertura se considera al menos igual de buena que la cobertura Medicare para recetas médicas).
- Si no se le informó adecuadamente sobre que su otra cobertura no era acreditable, o que la cobertura se redujo, por lo que ya no es acreditable.
- Cuando ingresa a un centro de cuidado a largo plazo, como un asilo de ancianos, vive allí o se retira de este.
- Si cumple con los requisitos para recibir ayuda adicional (tiene un SEP en curso y puede modificar su plan Medicare para medicinas en cualquier momento).
- O en ocasiones excepcionales, como por ejemplo, si ya no clasifica para ayuda adicional.

Visite [Medicare.gov/Pubs/pdf/11219-S.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11219-S.pdf) para acceder al documento "Entienda los períodos de inscripción para la Parte C y D de Medicare".

Cómo elegir un Plan Parte D

- Compare los planes por teléfono o por computadora
 - Use el buscador de planes de Medicare en [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
 - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Contáctese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda en la comparación de planes.
- Para inscribirse en un Plan Parte D
 - Inscribese en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Inscribese en el sitio web del plan o llame.
 - Complete el formulario de inscripción en papel

01/05/2015

Introducción a Medicare

39

Tiene ayuda a su disposición para encontrar un plan Medicare para medicinas. Puede usar el Buscador de planes de Medicare en [Medicare.gov/find-a-plan/](https://www.medicare.gov/find-a-plan/) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 o contactarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para recibir asesoramiento gratuito para ayudarlos a comparar los planes Medicare para medicinas.

Una vez que haya elegido un plan que satisfaga sus necesidades, llame a la compañía que se lo ofrece y solicite la inscripción. Todos los planes deben ofrecer solicitudes de inscripción en papel. Además, el plan puede permitirle que se inscriba a través del sitio web o por teléfono. La mayoría de los planes también participan y ofrecen inscripción a través del sitio web de Medicare. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los planes deben procesar las solicitudes puntualmente y, después de hecha la solicitud, el plan debe notificarle si ha sido rechazada o aceptada. Los planes no pueden negarle una solicitud sobre la base de una condición de salud o de los medicamentos que toma.

NOTA: [Medicare.gov/contacts/](https://www.medicare.gov/contacts/) ofrece la información de contacto de los SHIP en todo el país.

Decisión: ¿Debo inscribirme para un Plan Parte D?

- Tenga en cuenta lo siguiente
 - ¿Tiene cobertura acreditable de medicamentos?
 - Cobertura tan buena como la de Medicare
 - Por ejemplo, a través de un plan de empleador
 - No se le cobrará multa si tiene cobertura acreditable de medicamentos y demora la inscripción a un plan Medicare para medicinas.
 - ¿La cobertura terminará cuando se jubile?
 - ¿Cuánto cuestan sus medicamentos actualmente?
 - ¿Cuánto cuestan las primas para los planes de la Parte D?
- Sin cobertura acreditable
 - Inscripción tardía implica que puede tener que pagar una multa
 - Si es un período de 63 días seguidos o más.

01/05/2015

Introducción a Medicare

40

Aquellos que tengan otros recursos para cobertura de medicamentos, por ejemplo a través de un empleador anterior, pueden elegir permanecer en ese plan y no inscribirse en el plan de Medicare para medicinas. Si esa otra cobertura es igual de buena que la cobertura Medicare para recetas médicas, denominada cobertura "acreditable", no tendrá que pagar una prima más elevada si se inscribe más tarde en un plan Medicare para medicinas. Desde el otro plan le notificarán si su cobertura es acreditable. En esa notificación se le explicarán las opciones que tiene. Puede contactarse con el administrador de beneficios del plan para obtener más información. Entre algunos ejemplos de cobertura que puede considerarse acreditable se incluyen los planes de salud grupal (GHP en inglés), Beneficios de salud para empleados federales (FEHB), Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP en inglés), cobertura para Asuntos de los Veteranos, y cobertura para las fuerzas armadas, incluida TRICARE.

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

Puede suceder que deba una multa por inscripción tardía si, en cualquier momento después de que haya finalizado el Período de Inscripción Inicial, pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos recetados por la Parte D u otra cobertura acreditable. El costo de esta multa dependerá de cuánto tiempo haya pasado sin la cobertura acreditable.

Actualmente la multa por inscripción tardía se calcula multiplicando el 1 % de la prima a nivel nacional para beneficiarios (\$33.13 en 2015) por la cantidad de meses completos que haya pasado sin cobertura en los que era elegible pero no se registró en ningún plan Medicare para medicinas y durante los cuales tampoco tuvo otro tipo de cobertura acreditable. La cantidad total se redondea al \$0.10 más cercano y se agrega a su prima mensual. Debido a que la prima nivel nacional para beneficiarios puede aumentar por año, el monto de la multa también puede aumentar. Es posible que deba tener que pagar esta multa mientras tenga un plan Medicare para medicinas.

Compruebe su conocimiento: pregunta 5

¿Cuáles son las opciones de Parte D para las personas con Medicare?

- a. Plan para recetas médicas (PDP) independiente
- b. Plan Medicare Advantage para Recetas Médicas (MA-PD)
- c. Tarjeta de descuento para recetas médicas
- d. Respuestas a y b.

01/05/2015

Introducción a Medicare

41

Compruebe su conocimiento: pregunta 5

¿Cuáles son las opciones de Parte D para las personas con Medicare?

- a. Plan para recetas médicas (PDP) independiente
- b. Plan Medicare Advantage para Recetas Médicas (MA-PD)
- c. Tarjeta de descuento para recetas médicas
- d. Respuestas a y b.

Respuesta: d. Respuestas a y b.

Tiene dos maneras de conseguir cobertura para medicamentos según cómo obtenga los beneficios de Medicare. La cobertura de la Parte D se ofrece a través de los planes Medicare PDP y los Planes Medicare Advantage (MA) con cobertura Medicare para recetas médicas (MA-PD).

Si tiene:

- Medicare Original, puede seleccionar un PDP independiente si desea seguir recibiendo los otros beneficios de salud a través de Medicare Original.
- Un Plan MA (como una HMO o PPO), generalmente, debe obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D como parte de su paquete de beneficios del plan MA. Si se registra para una cuenta de ahorros médicos de Medicare, para un plan privado de pago por servicio o para un plan de costos, también puede inscribirse al PDP si la cobertura para medicamentos no se ofrece.

Compruebe su conocimiento: pregunta 6

Es julio. El año pasado se inscribió para Medicare, pero no para un plan Medicare de recetas médicas. En general, ¿cuándo tendrá otra oportunidad para inscribirse a la Parte D?

- a. Junio
- b. Mayo
- c. Octubre
- d. Diciembre

01/05/2015

Introducción a Medicare

42

Compruebe su conocimiento: pregunta 6

Es julio. El año pasado se inscribió para Medicare, pero no para un plan Medicare para medicamentos. En general, ¿cuándo tendrá otra oportunidad para inscribirse a la Parte D?

- a. Junio
- b. Mayo
- c. Octubre
- d. Diciembre

Respuesta: c. Octubre. Consulte el Período de Inscripción Abierta a continuación.

Tiene 3 oportunidades para inscribirse en la Parte D, sin incluir los Períodos Especiales de Inscripción (SEP).

1. El **Período de Inscripción Abierta** (OEP) dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Cada año tiene la posibilidad de modificar su cobertura Medicare para recetas médicas o su cobertura Medicare Advantage para el año siguiente. Para la mayoría de las personas, es el momento del año en que se pueden hacer modificaciones. Si realiza modificaciones durante este período, la cobertura nueva comenzará el 1 de enero.
2. Si tiene cobertura Medicare Parte A sin prima y obtiene Medicare **Parte B por primera vez** mediante la inscripción durante el **Período de Inscripción General** a la Parte B (del 1 de enero al 31 de marzo), esto le permitiría registrarse para un Plan Medicare Advantage (con o sin cobertura para medicamentos recetados) entre el 1 de abril y el 30 de junio con fecha de entrada en vigencia el 1 de julio. Asimismo, se proporcionará un SEP para habilitar la inscripción a un plan Medicare para Recetas Médicas para personas que no tengan el beneficio de la Parte A sin prima y que se inscriban a la Parte B durante el Período de Inscripción General para la Parte B (entre enero y marzo) con fecha de vigencia desde el 1 de julio. El SEP comenzará el 1 de abril y finalizará el 30 de junio, con fecha de entrada en vigencia el 1 de julio. (Consulte también [Medicare.gov/Pubs/pdf/11219-S.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11219-S.pdf)).
3. **Período de desafiliación** de Medicare Advantage: si tiene cobertura con Medicare Advantage y cambia por Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero, también puede inscribirse a un Plan Medicare para Recetas Médicas para añadir cobertura de medicamentos recetados. Su cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud de inscripción. No obstante, no existen derechos de emisión garantizada para recibir una póliza Medigap. Consulte para saber si su estado permite que las personas se inscriban en otro momento que no sea el Período de Inscripción Inicial a Medigap o si las compañías de su estado lo aceptarán.

NOTA: Puede suceder que deba una multa por inscripción tardía si, en cualquier momento después de que haya finalizado el Período de Inscripción Inicial, pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos recetados por la Parte D u otra cobertura acreditable. El costo de esta multa dependerá de cuánto tiempo haya pasado sin la cobertura acreditable.

Parte C: Medicare Advantage

- Opciones de planes de salud aprobados por Medicare
 - Otra manera de obtener cobertura Medicare
 - Es parte del programa de Medicare
 - Lo administran compañías privadas
- Medicare paga un monto al plan
 - Para el cuidado de cada miembro
- Es posible que deba usar médicos u hospitales de la red
- Los tipos de planes disponibles pueden variar



01/05/2015

Introducción a Medicare

43

Los Planes Medicare Advantage (MA en inglés) (también conocidos como Planes Parte C) son opciones de planes de salud aprobados por Medicare y administrados por compañías privadas. Los Planes MA son parte del programa de Medicare; son otra alternativa para recibir cobertura Medicare. Medicare paga al plan una cierta cantidad por el cuidado de cada miembro. Si se inscribe en un Plan MA es posible que deba usar una red* de médicos u hospitales. Existen 6 tipos de planes MA principales. No todos los planes están disponibles en todas las áreas:

- Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO en inglés): recibe atención y servicios de médicos o en hospitales dentro de la red del plan. Si recibe atención fuera de la red del plan, es posible que deba pagar el costo completo.
- Planes de Organización de Proveedores Preferidos Medicare (PPO en inglés): cuenta con una red de médicos y hospitales, pero con un plan PPO también puede usar proveedores fuera de la red para servicios cubiertos, generalmente por un costo más elevado.
- Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS en inglés) Medicare : puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte los términos de pago del plan y acceda a tratarlo. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, también puede atenderse con cualquiera de los proveedores de la red que hayan accedido a tratar siempre a miembros del plan. Además, puede elegir un médico, hospital u otro proveedor fuera de la red que acepte los términos del plan, pero deberá pagar más.
- Planes de Necesidades Especiales (SNP en inglés): estos planes están diseñados para proporcionar administración de cuidados orientada, experiencia especial de los proveedores del plan y beneficios ajustados a las condiciones de quien se inscribe. Por lo general, debe recibir los servicios y atención médica de médicos, otros proveedores de servicios de salud u hospitales en la red del plan.
- Planes HMO Punto de servicio (HMOPOS en inglés): En ciertos planes HMO puede optar por no usar la red para determinados servicios, generalmente por un costo más elevado. Esto se conoce como HMO con opción de punto de servicio (POS en inglés).
- Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA en inglés): se trata de planes que combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. Medicare deposita el dinero en la cuenta y usted lo usa para pagar por sus servicios de atención médica.

*Red: las instalaciones y los proveedores con los que el plan ha firmado contrato para que proporcionen servicios de salud.

Los planes PFFS y MSA no son planes de cuidado coordinados, por ende, los inscritos a estos tipos de planes no tienen que acudir obligatoriamente a un proveedor o red de proveedores para coordinar coordinen su atención.

Cómo funcionan los planes Medicare Advantage (MA)

- Si se inscribe en un plan MA:
 - Seguirá inscrito en Medicare con todos los derechos y cobertura.
 - Seguirá recibiendo los servicios cubiertos en las Partes A y B.
 - Pero, en cambio, dichos servicios los cubrirá el plan MA.
 - Puede escoger un plan que incluya cobertura de medicamentos recetados.
 - Puede tener distintos beneficios y gastos compartidos.
 - Puede escoger un plan que incluya beneficios adicionales.
 - Por ejemplo, cobertura para cuidados dentales o de la visión, a cargo de los gastos del plan (no los cubre Medicare).

01/05/2015

Introducción a Medicare

44

- Si se inscribe en un plan Medicare Advantage (MA):
 - Seguirá inscrito en Medicare con todos los derechos y cobertura.
 - Seguirá recibiendo los servicios cubiertos por las Partes A y B, pero en este caso los cubrirá el Plan MA (debe tener tanto Parte A como Parte B para inscribirse a un Plan MA).
 - Puede escoger un plan que incluya cobertura de medicamentos recetados.
 - Los beneficios y gastos compartidos pueden variar.
 - Puede elegir un plan que incluya beneficios adicionales, como cobertura para cuidados dentales o de la visión, a cargo de los gastos del plan (no los cubre Medicare).

¿Cuándo puedo inscribirme para un Plan Medicare Advantage?

- Generalmente, durante el Período de Inscripción Inicial
- Durante el Período de Inscripción Abierta anual.
 - Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.
 - La cobertura comienza el 1 de enero.
- Puede inscribirse en otro momento.
 - Período Especial de Inscripción
- Contáctese con el plan para inscribirse.
 - Llame a su número de teléfono.
 - Visite el sitio web.
 - Use el buscador de planes de Medicare que se encuentra en Medicare.gov.

01/05/2015

Introducción a Medicare

45

Puede inscribirse a un Plan Medicare Advantage (MA) cuando es elegible por primera vez para Medicare, generalmente durante el Período de Inscripción Inicial (IEP), que comienza 3 meses inmediatamente después de que accede al derecho de tener tanto Medicare Parte A como Parte B; otra opción es durante el Período de Inscripción Abierta anual, y en ciertas situaciones especiales que se ofrece un Período Especial de Inscripción .

Si tiene la Parte A y se inscribe para la Parte B durante el Período de Inscripción General, puede registrarse para un Plan MA hasta el 30 de junio; de este modo, la cobertura de MA comenzará el 1 de julio junto con la cobertura nueva de la Parte B.

Puede inscribirse a un Plan MA por vez; la inscripción al plan generalmente es para un año calendario.

Puede cambiar por otro plan MA o por Medicare Original durante el Período de Inscripción Abierta anual, que transcurre entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año.

Si pertenece a un plan MA, puede desafiliarse para volver a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero de cada año. Si vuelve a optar por Medicare Original en dicho período, la cobertura de Medicare Original entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha en que se realizó la elección o modificación. Si modifica esto, también puede inscribirse en un Plan Medicare para Recetas Médicas para añadir cobertura de medicamentos. La cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su formulario de inscripción.

Para obtener más información sobre los planes MA disponibles en su área, visite

[Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan) para usar el Buscador de planes de Medicare; o llame al 1-800-MEDICARE (1800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Decisión: ¿Debo inscribirme en un Plan Medicare Advantage?

- Tenga en cuenta lo siguiente
 - Debe tener la Parte A y la Parte B para inscribirse.
 - La mayoría ofrece cobertura integral.
 - Incluso cobertura de medicamentos de la Parte D
 - Algunos planes pueden exigirle que use una red.
 - Es posible que necesite una derivación para ver a un médico especialista.
 - Debe pagar la Parte B y la prima mensual del plan.
 - Puede inscribirse o abandonar el plan durante períodos específicos.
 - No es compatible con pólizas Medigap.
 - NO está disponible para la MAYORÍA de las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD).

01/05/2015

Introducción a Medicare

46

Cuando deba decidir si quiere inscribirse en un Plan Medicare Advantage (MA) debe tener en cuenta lo siguiente:

- Debe tener la Parte A y la Parte B para inscribirse.
- La mayoría de los planes ofrecen cobertura integral.
 - Incluso cobertura de medicamentos de la Parte D
- Algunos planes pueden exigirle que use una red.
- Es posible que necesite una derivación para ver a un médico especialista.
- Debe pagar la prima de la Parte B y la prima mensual del plan.
- Puede inscribirse o abandonar el plan durante períodos específicos.
- No es compatible con pólizas Medigap.

Los Planes MA están disponibles para la mayoría de las personas con Medicare. Para ser elegible para inscribirse en un Plan MA debe vivir en el área geográfica de servicios del plan o en una continuación del área, tener Medicare Parte A y Parte B, ser ciudadano estadounidense, residir legalmente en los Estados Unidos (vigencia a partir del 1/1/2016) y no tener Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD). Las personas con ESRD generalmente no pueden inscribirse a un Plan MA u otro plan de salud de Medicare. Sin embargo, hay ciertas excepciones.

¿En qué difieren las pólizas Medigap y los planes Medicare Advantage?

	Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)	Planes Medicare Advantage (Parte C)
Ofrecidos por	Compañías privadas	Compañías privadas
Supervisión gubernamental	Estatad, pero también debe cumplir con las leyes federales.	Federal (Medicare debe aprobar los planes)
Compatible con	Medicare Original	N/C
Cubre	Faltas en la cobertura de Medicare Original, como deducibles, coseguro y copagos para servicios cubiertos por Medicare.	Todos los servicios y suministros cubiertos en la Parte A y Parte B. También puede cubrir cosas que no están cubiertas en Medicare Original, como cuidados dentales y para la visión. La mayoría de los planes incluyen cobertura Medicare para recetas médicas.
Debe tener	Parte A y Parte B	Parte A y Parte B
¿Paga prima?	Sí. Paga una prima por la póliza y paga la prima de la Parte B.	Sí. Paga una prima por el plan y paga la prima de la Parte B.

01/05/2015

Introducción a Medicare

47

En esta tabla se muestra una comparación directa entre las diferencias de las pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare) y los planes Medicare Advantage (MA).

- Ambas las ofrecen compañías privadas.
- Supervisión gubernamental: Medigap debe respetar las leyes estatales y federales, pero la supervisión diaria de las pólizas Medigap estandarizadas queda dentro del ámbito de los estados. Medicare debe aprobar los planes MA.
- Medigap solo es compatible con Medicare Original. Los planes MA **no** son compatibles con las pólizas Medigap. Si se incorpora a un Plan MA, no puede usar la póliza Medigap para pagar por los gastos directos de su bolsillo que tiene en el Plan MA.
- Medicare Original paga gran parte de los servicios y suministros de la atención médica, pero no todos. Las compañías de seguros privadas venden pólizas Medigap para ayudar a pagar parte de los gastos directos de bolsillo ("faltas") que Medicare Original no cubre. Las pólizas Medigap no pagan las primas de Medicare. La mayoría de estas pólizas no cubren los gastos directos del bolsillo por la compra de medicamentos y, en ese caso, debería pensar en adquirir un plan Parte D. Es posible que ciertas pólizas anteriores (que ya no se venden) hayan incluido parte de la cobertura de gastos por medicamentos (Plan I). Los planes MA cubren los servicios cubiertos por las Partes A y B, pueden incluir la Parte D y pueden cubrir ciertos beneficios no cubiertos, como cuidados dentales y de la visión.
- En ambos casos, debe tener la Parte A y la Parte B para inscribirse.
- Pagará una prima por la póliza Medigap o el plan MA y pagará la prima de la Parte B.
- Si ya tiene un plan MA, es ilegal que le vendan una póliza Medigap, excepto que se vaya a desafiliar del plan MA para volver a tener Medicare Original.

Compruebe su conocimiento: pregunta 7

¿Cuál de las siguientes opciones ofrece al menos los mismos beneficios que Medicare Original?

- a. Pólizas Medigap
- b. Planes Medicare Advantage
- c. Planes Medicare para Recetas Médicas
- d. Ninguna de las anteriores.

01/05/2015

Introducción a Medicare

48

Compruebe su conocimiento: pregunta 7

¿Cuál de las siguientes opciones ofrece al menos los mismos beneficios que Medicare Partes A y B?

- a. Pólizas Medigap
- b. Planes Medicare Advantage
- c. Planes Medicare para Recetas Médicas
- d. Ninguna de las anteriores.

Respuesta: b. Planes Medicare Advantage. Estos ofrecen todos los servicios cubiertos por las Partes A y B, pero además pueden cubrir beneficios adicionales que no estaban cubiertos en Medicare Original, como cuidados dentales y para la visión.

Compruebe su conocimiento: pregunta 8

¿Qué opción de Medicare NO está disponible para la mayoría de las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)?

- a. Planes Medicare Advantage
- b. Cobertura de empleador
- c. Planes Medicare para Recetas Médicas
- d. Medicare Parte A y Parte B

01/05/2015

Introducción a Medicare

49

Compruebe su conocimiento: pregunta 8

¿Qué opción de Medicare NO está disponible para la mayoría de las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)?

- a. Planes Medicare Advantage (MA)
- b. Cobertura de empleador
- c. Planes Medicare para Recetas Médicas
- d. Medicare Parte A y Parte B

Respuesta: a. Planes Medicare Advantage

Por lo general, si tiene ESRD recibirá atención médica a través de Medicare Original.

Solo puede inscribirse en un Plan MA (Parte C) en ciertas situaciones:

- Si cuando surge la ESRD usted ya está inscrito en un Plan MA, es posible que pueda permanecer en el plan o que pueda inscribirse a otro plan que le ofrezca la misma compañía.
- Si ya recibe sus beneficios de salud (por ejemplo, a través de un plan de salud del empleador) a través de la misma organización que ofrece el plan MA.
- Si tuvo ESRD pero ha tenido un trasplante renal satisfactorio y aún cumple con los requisitos para los beneficios (conforme a su edad o a una incapacidad), puede permanecer en Medicare Original, o inscribirse en un plan MA.
- Es posible que pueda inscribirse a un Plan Medicare para Necesidades Especiales (SNP en inglés) para personas con ESRD, si se encuentra disponible en su área.

Resumen de comparación para decidir Cómo Funcionan

Medicare Original	Plan Medicare Advantage
▪ Cubre los beneficios de la Parte A y Parte B ▪ Medicare proporciona esta cobertura directamente ▪ Puede elegir entre los médicos y hospitales que estén inscritos en Medicare y acepten nuevos pacientes de Medicare. ▪ Generalmente, la cobertura suplementaria paga los deducibles y el coseguro. ▪ Por lo general debe pagar una prima mensual por la Parte B.	▪ Cubre los beneficios de la Parte A y la Parte B y puede cubrir beneficios adicionales (como cuidados dentales o de la visión) ▪ A veces se lo denomina Parte C ▪ La cobertura la proporcionan compañías de seguro privadas que aprueba Medicare. ▪ En la mayoría de los planes, debe usar los médicos, hospitales y demás proveedores del plan, de lo contrario pagará más o todos los costos. ▪ Es posible que deba pagar una prima mensual (además de la prima de la Parte B) y un copago o coseguro por los servicios cubiertos.

01/05/2015 Introducción a Medicare 50

Con este gráfico puede comparar directamente Medicare Original y los planes Medicare Advantage (MA). Primero veamos cómo funciona Medicare Original.

- Cubre los beneficios de la Parte A y Parte B
- Medicare proporciona esta cobertura directamente
- Puede elegir entre los médicos y hospitales que estén inscritos en Medicare y acepten nuevos pacientes de Medicare.
- Generalmente, la cobertura suplementaria o usted pagan los deducibles y el coseguro.
- Por lo general debe pagar una prima mensual por la Parte B.

MA funciona de la siguiente manera:

- Cubre los beneficios de la Parte A y la Parte B y puede cubrir beneficios adicionales (como cuidados dentales o de la visión)
- A veces se lo denomina Parte C
- La cobertura la proporcionan compañías de seguro privadas que aprueba Medicare.
- En la mayoría de los planes, debe usar los médicos, hospitales y demás proveedores del plan, de lo contrario pagará más o todos los costos.
- Es posible que deba pagar una prima mensual (además de la prima de la Parte B) y un copago o coseguro por los servicios cubiertos.

NOTA: También es posible que pueda inscribirse para otros tipos de planes de salud Medicare, como los Planes de Costos Medicare o los Programas de Cuidado Integral para Ancianos, o que pueda obtener ciertos servicios a través de programas piloto y demostraciones.

Resumen de comparación para decidir Cobertura de medicamentos y cobertura suplementaria

Medicare Original	Plan Medicare Advantage (MA)
Cobertura de medicamentos: Si desea recibir cobertura de medicamentos, debe elegir e inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas.	Cobertura de medicamentos: La mayoría de los planes incluyen cobertura de medicamentos. Puede elegir un plan sin cobertura de medicamentos si tiene otra cobertura acreditable.
Cobertura suplementaria: Puede comprar una póliza de Asegurador Suplementario de Medicare (Medigap) para completar las faltas en la cobertura.	Cobertura suplementaria: Si se inscribe para un Plan Medicare Advantage, no necesita la póliza Medigap; tampoco puede usarla.
01/05/2015	Introducción a Medicare
	51

Aquí se muestra una comparación directa entre los planes Medicare Advantage (MA) y Medicare Original y se describe el siguiente resumen para cada uno:

- **Cobertura de medicamentos en Medicare Original:** Si desea recibir cobertura de medicamentos, debe elegir e inscribirse en un Plan Medicare de recetas médicas.
- **Cobertura de medicamentos en MA:** La mayoría de los planes incluyen cobertura de medicamentos. Puede elegir un plan sin cobertura de medicamentos si tiene otra cobertura acreditable, por ejemplo, cobertura de medicamentos por empleador o Asuntos de los Veteranos. Recuerde que si no tiene cobertura acreditable y pasa 63 días o más sin cobertura para la Parte D, deberá pagar una multa de por vida para la Parte D.
- **Cobertura suplementaria con Medicare Original:** Puede comprar una póliza Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare) para completar las faltas en la cobertura.
- **Cobertura suplementaria y MA:** Si se inscribe para un Plan Medicare Advantage, no necesita la póliza Medigap; tampoco puede usarla.

NOTA: También es posible que pueda inscribirse para otros tipos de planes de salud Medicare, como los Planes de Costos Medicare o los Programas de Cuidado Integral para Ancianos, o que pueda obtener ciertos servicios a través de programas piloto y demostraciones.

Medicare y el Mercado de Seguros Médicos

- Medicare no es parte del Mercado.
- Si posee Medicare está cubierto y no necesita hacer nada relacionado con el Mercado.
- El Mercado no ofrece planes Parte D o Medigap.
- Es ilegal que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda un plan del Mercado.
 - Incluso si solamente tiene Parte A o Parte B.

01/05/2015

Introducción a Medicare

52

Medicare no es parte del Mercado de Seguros Médicos. Si únicamente tiene Medicare Parte A, se considera que tenga la cobertura mínima esencial. Si tiene Medicare Parte A y Parte B, también se considera que está cubierto. En el Mercado no necesitaría un Plan de salud autorizado (QHP en inglés). Si posee Medicare Parte A, no tiene que hacer nada relacionado con el Mercado. El Mercado no cambia las opciones o beneficios del plan Medicare.

Independientemente de cómo obtenga Medicare, ya sea a través de Medicare Original o un Plan Medicare Advantage (como una Organización para el mantenimiento de la salud o una organización de proveedores preferidos), no tendrá que hacer ninguna modificación. El Mercado no ofrece pólizas del Asegurador Suplementario de Medicare (Medigap) o planes Medicare Parte D.

Es ilegal que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda un plan del Mercado. Esto corresponde incluso si solo tiene Parte A o solo Parte B.

Si **únicamente** tiene Medicare Parte B, **no** se considera que tenga la cobertura mínima esencial.

El Mercado y cómo ser elegible para Medicare

- Puede conservar un plan del Mercado después de que comience su cobertura de Medicare.
 - Puede cancelar el plan cuando la cobertura Medicare comience, o
 - Una vez que entre en vigencia la cobertura de la Parte A **no podrá conseguir costos más bajos por su plan del Mercado.**
- Inscribise en Medicare durante el Período de Inscripción Inicial.
 - Si se inscribe más tarde **es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga Medicare.**

01/05/2015

Introducción a Medicare

53

Puede conservar un plan del Mercado para tener cobertura después de ser elegible para Medicare. Luego, puede cancelar el plan del Mercado una vez que comience la cobertura de Medicare.

Una vez que sea elegible para Medicare, tendrá un Período de Inscripción Inicial (IEP) para inscribirse. Para la mayoría de las personas el IEP a Medicare de 7 meses comienza 3 meses antes de que cumplen 65 años y finaliza 3 meses después de dicha fecha de cumpleaños.

En la mayoría de los casos, le conviene inscribirse cuando sea elegible por primera vez por los siguientes motivos:

- Una vez que entre en vigencia Medicare, no podrá obtener costos más bajos para un plan del Mercado según sus ingresos.
- Si se inscribe para Medicare después del IEP, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga Medicare.

Si tiene cobertura del Mercado individual y solo se inscribe para la Parte A durante el IEP, no podrá inscribirse a la Parte B más adelante en el Período Especial de Inscripción .

Una vez que comience la cobertura de la Parte A, dejarán de regir todos los créditos tributarios por primas y gastos compartidos reducidos para los que pueda haber calificado a través del Mercado. Esto se debe a que la Parte A se considera cobertura mínima esencial, no así la Parte B.

NOTA: Puede tener cobertura del Mercado y Medicare simultáneamente solo si tenía la cobertura del Mercado antes de obtener la de Medicare. Es ilegal que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda un plan del Mercado. No existe coordinación de beneficios entre un Plan de salud autorizado (QHP) y Medicare. Debe saber esto por si decide permanecer en un QHP después de inscribirse para la Parte A. No se trata de un seguro secundario. Además, la cobertura de medicamentos en un QHP puede no ser acreditable y, en consecuencia, puede recibir una multa si se inscribe a la parte D más tarde.

Medicare para personas con incapacidades y el Mercado

- Es posible que cumpla con los requisitos para tener Medicare por una incapacidad.
 - Debe tener derecho a recibir los beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI en inglés) por 24 meses.
 - En el mes n.º 25 quedará automáticamente inscrito en Medicare Partes A y B.
- Si recibe el SSDI, puede obtener un plan del Mercado para tener cobertura durante el período de espera de 24 meses.
 - Puede clasificar para créditos tributarios de primas y gastos compartidos reducidos hasta que comience la cobertura Medicare.

01/05/2015

Introducción a Medicare

54

Si tiene derecho a un Seguro por Incapacidad del Seguro social (SSDI), puede clasificar para Medicare. No obstante, antes de que comience la cobertura Medicare, existe un período de espera de 24 meses. Durante dicho período, puede solicitar cobertura en el Mercado. Puede averiguar si clasificará para Medicare o para créditos tributarios de primas que le reduzcan la prima mensual del plan del Mercado, y para reducciones en los costos compartidos que disminuirán sus gastos directos de bolsillo.

Si solicita costos reducidos en el Mercado, deberá calcular su ingreso para 2015. Si recibe beneficios por incapacidad del Seguro Social y desea saber si califica para costos más bajos con la cobertura del Mercado, deberá proporcionar información sobre sus pagos al Seguro social, incluidos los pagos por incapacidad.

La cobertura Medicare entrará en vigencia al mes n.º 25 de haber recibido el SSDI. Se le enviará la tarjeta Medicare por correo unos 3 meses antes de cumplido el mes 25 de beneficios por incapacidad. Si no desea tener la Parte B, siga las instrucciones que vienen con la tarjeta. No obstante, una vez que sea elegible para Medicare, no podrá obtener costos más bajos para un plan del Mercado según sus ingresos.

Una vez que comience la cobertura de la Parte A, dejarán de regir todos los créditos tributarios por primas y gastos compartidos reducidos para los que pueda haber calificado a través del Mercado. Esto se debe a que la Parte A se considera cobertura mínima esencial, no así la Parte B.

Además, recuerde que al Plan de salud autorizado no se le exige que pague costos por su cobertura una vez que ya tiene Medicare.

Elección del Mercado en lugar de Medicare

- No puede elegir cobertura del Mercado en lugar de cobertura Medicare, excepto:
 1. Que pague o tuviera que pagar una prima por la Parte A
 - Puede renunciar a las Partes A y B y ser elegible para recibir un plan del Mercado.
 2. Que tenga una condición médica que lo califique para Medicare (por ejemplo, Enfermedad Renal en Etapa terminal), pero aún no haya solicitado Medicare.
 3. Que aún no haya reunido los beneficios por incapacidad o jubilación del Seguro Social antes de ser elegible para Medicare.

01/05/2015

Introducción a Medicare

55

Es ilegal que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda una póliza de plan del Mercado. Puede elegir cobertura del Mercado en lugar de cobertura Medicare, si:

- Tuviera que pagar una prima para la Parte A, puede renunciar a la cobertura de Parte A y Parte B y recibir un plan del mercado en cambio.
- Solo tiene Parte B y tuviera que pagar una prima por la Parte A, puede renunciar a la Parte B y obtener, en cambio, un plan del
- Tiene una condición médica que lo califica para Medicare (por ejemplo, Enfermedad Renal en Etapa Terminal), pero aún no ha solicitado cobertura Medicare.
- Aún no reúne los beneficios por incapacidad o jubilación del Seguro Social antes de ser elegible para Medicare.

Antes de elegir un plan del Mercado en lugar de Medicare, existen dos puntos importantes que debe tener en cuenta:

1. Si se inscribe para Medicare después de que el Período de Inscripción Inicial (IEP) ha finalizado, es posible que deba pagar una multa por inscripción (LEP en inglés) tardía mientras tenga Medicare.
2. Por lo general, puede inscribirse en Medicare solo durante el Período de Inscripción General para Medicare (desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo). La cobertura no comenzará hasta julio de ese año.

Si no tiene Medicare Parte A o ha renunciado a ella porque tiene que pagar una prima, inscríbase para un plan del Mercado; será elegible para el crédito tributario por prima y reducciones en gastos compartidos si cumple con los requisitos para dichos programas.

RECUERDE: Si decide inscribirse en Medicare más adelante, conserve la cobertura del Plan de salud autorizado (QHP), generalmente los beneficios entre un plan del Mercado y Medicare no se coordinan. Debe saber esto por si decide permanecer en un QHP después de inscribirse para Medicare. Los planes del Mercado no son seguros secundarios. De hecho, al Plan de salud autorizado no se le exige que pague costos por su cobertura si ya tiene Medicare.

Compruebe su conocimiento: pregunta 9

Puede inscribirse al Mercado individual en lugar de a las Parte A y B más adelante en el Período Especial de Inscripción si no tiene cobertura por su empleo actual.

- a. Verdadero
- b. Falso

01/05/2015

Introducción a Medicare

56

Compruebe su conocimiento: pregunta 9

Puede inscribirse al Mercado individual en lugar de a las Parte A y B más adelante en el Período Especial de Inscripción (SEP).

- a. Verdadero
- b. Falso

Respuesta: b. Falso

Si demora la inscripción a la Parte B y no tiene una cobertura subsidiada por el empleador sobre la base de un empleo actual y activo, ya sea suyo o de su cónyuge, no será elegible para inscribirse en el SEP. El Mercado individual no es cobertura subsidiada por el empleador.

Ayuda para personas con recursos e ingresos limitados

- Programas de Ahorros Medicare
 - Ayuda de Medicaid para pagar por los costos de Medicare, incluidas las primas, los deducibles o el coseguro de Medicare.
- Ayuda adicional
 - Ayuda para pagar los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.
- Medicaid
 - Programa de seguro médico estatal/federal
 - Para personas con recursos o ingresos limitados
- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
 - Cubre a niños sin seguro de hasta 19 años y puede cubrir a embarazadas.
 - Ingreso familiar muy alto para Medicaid

01/05/2015

Introducción a Medicare

57

Existen programas disponibles para ayudar a que las personas con ingresos y recursos limitados paguen sus costos de medicamentos recetados o de atención médica. Entre estos se incluyen los Programas de Ahorros de Medicare, Ayuda adicional, Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP en inglés). Solicite estos programas si tiene recursos e ingresos limitados. Solicítelo aunque no esté seguro de si cumple con los requisitos. Visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programa de Ahorros Medicare: Este programa ofrece ayuda de Medicaid para pagar los costos de Medicare, entre ellos las primas, los deducibles o los coseguros de Medicare. Por lo general tiene normas de recursos e ingresos más elevadas que Medicaid completo. Visite Medicare.gov/contacts/staticpages/msps.aspx para consultar el programa de su estado.

Ayuda adicional: Este programa ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a afrontar los gastos de la cobertura Medicare para recetas médicas. También se conoce como subsidio por bajos ingresos. Algunas personas que tienen Medicare deben solicitar la ayuda adicional. Para solicitar esta ayuda debe llenar una solicitud en papel, presentarse en socialsecurity.gov o contactarse con su Oficina Estatal de Asistencia Médica.

Medicaid: Este programa ayuda a pagar los gastos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados; está financiado en conjunto por los gobiernos federal y estatal y lo administra cada estado.

CHIP: Este programa ofrece cobertura de seguro médico a bajo costo a niños de familias que tienen ingresos muy elevados como para calificar para Medicaid, pero no los suficientes como para adquirir un seguro de salud privado.

Los límites de ingreso para definir los niveles de pobreza a nivel federal generalmente se actualizan cada febrero para el mismo año calendario, puede acceder a ellos en ASPE.hhs.gov/poverty/15poverty.cfm.

Para obtener más información, visite Medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-population/medicare-medicaid-enrollees-dual-eligibles/seniors-and-medicare-and-medicaid-enrollees.html o llame o visite su Oficina Estatal de Asistencia Médica.

¿En qué se diferencian Medicare y Medicaid?

Medicare	Medicaid
Programa nacional uniforme en todo el país.	Programas estatales, varían entre estados
Administrado por el gobierno federal	Administrado por los gobiernos estatales dentro de las leyes federales (asociación federal/estatal)
Seguro médico para personas mayores de 65 años y con ciertas incapacidades o con Enfermedad Renal en Etapa terminal (ESRD)	Seguro médico para personas según necesidad; requisitos financieros y no financieros.
Pagador primario de la nación en cuanto a servicios de internación en hospitales para los incapacitados, los ancianos y las personas con ESRD.	Pagador público primario de la nación en lo que respecta a servicios de cuidado a largo plazo, salud mental y atención médica.
01/05/2015	Introducción a Medicare 58

Medicare y Medicaid se distinguen en los siguientes aspectos:

- Mientras que Medicare es un programa nacional uniforme en todo el país, Medicaid está conformado por programas estatales, y estos varían por estado.
- El gobierno federal se encarga de administrar Medicare, mientras que para Medicaid la administración corre por cuenta de los gobiernos estatales, pero dentro de las leyes federales (asociación federal/estatal).
- En Medicare la elegibilidad se basa en la edad, la incapacidad o si tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), pero en Medicaid la elegibilidad se basa en los ingresos y recursos.
- Mientras que Medicare es el pagador primario de la nación para servicios de internación en hospital para los incapacitados, ancianos y personas con ESRD, Medicaid es el pagador público primario de la nación para servicios de cuidado a largo plazo, salud mental y atención médica grave.

Programa de Ahorros de Medicare 2015

Límites de ingresos/recursos

Programa de Ahorros Medicare	Límite de ingresos mensuales por persona*	Límite de ingresos mensuales por pareja casada*	Lo ayuda a pagar
Beneficiario Calificado de Medicare	\$1,001	\$1,348	Primas de la Parte A y Parte B y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).
Beneficiarios Medicare de Bajo Ingreso (SLMB) específicos	\$1,197	\$1,613	Sólo primas de la Parte B
Individuos Calificados (QI)	\$1,345	\$1,813	Sólo primas de la Parte B
Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI en inglés)	\$4,009	\$5,395	Sólo primas de la Parte A
*Visite el sitio web de su MSP			
01/05/2015 Introducción a Medicare 59			

Si califica para el **programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB en inglés)**, recibirá ayuda para pagar las primas, los deducibles, copagos y coseguros de la Parte A y la Parte B. Para calificar debe ser elegible para Medicare Parte A y tener un ingreso que no supere el 100 % del nivel federal de pobreza (FPL). Esto entrará en vigencia el primer mes después del mes en que se apruebe la elegibilidad para el QMB (no puede ser retroactiva).

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

Si califica para el **programa de Individuos Calificados (QI)**, y aún hay fondos disponibles en su estado, recibirá ayuda para pagar la prima de la Parte B. Se financia por completo a nivel federal. El congreso asignó únicamente una cantidad limitada de fondos para cada estado. Para calificar, debe ser elegible para Medicare Parte A y tener un ingreso que no supere el 135 % del FPL.

Si califica para **Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI)** recibirá ayuda para pagar la prima de la Parte A. Para calificar, debe tener derecho a Medicare Parte A debido a la pérdida de una Parte A basada en incapacidad por ingresos que se excedían del trabajo sustancial y lucrativo (SGA); debe tener un ingreso no mayor al 200 % del FPL y recursos que no superen en dos veces el máximo para el Ingreso Suplementario del Seguro (\$4,009 para una persona, \$5,395 para una pareja casada, en 2015); y no debe ser elegible para Medicaid. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima de la Parte A. Si su ingreso está entre el 150 % y el 200 % del FPL, el estado puede pedirle que pague una parte de la prima de Medicare Parte A. Los límites del activo son \$4,000 (por persona) y \$6,000 (por pareja casada).

En 2015, los **límites de activos** para los programas **QMB, SLMB y QI** son de \$7,280 para una persona soltera y \$10,930 para una persona casada en convivencia con su cónyuge y sin otros dependientes. *Estos límites de recursos se ajustan el 1 de enero de cada año conforme al cambio en el índice de precios al consumidor de septiembre del año anterior, en vigencia oficial a partir de abril de cada año.

Consulte también Medicare.gov/Contacts/staticpages/msps.aspx para acceder al sitio web del Programa de Ahorros de Medicare de su **estado**.

Sitios web útiles

- Medicare: Medicare.gov
- Medicaid: Medicaid.gov
- Seguro Social: socialsecurity.gov
- Mercado de Seguros Médicos: HealthCare.gov
- CHIP: InsureKidsNow.gov
- Programa de Capacitación Nacional de CMS:
CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html
- Programa de Asistencia Estatal para Seguros de Salud:
Medicare.gov/contacts/

01/05/2015

Introducción a Medicare

60

Tiene diversos recursos disponibles para obtener más información y aclarar sus dudas, entre ellos, los siguientes:

- Sitio web de Medicare; también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Medicare.gov
- Sitio web de Medicaid
 - Medicaid.gov
- Sitio web del Seguro Social; puede llamar a la oficina local del SSA.
 - socialsecurity.gov
- Sitio web del Mercado de Seguros Médicos
 - HealthCare.gov
- Sitio web de Insure Kids Now
 - InsureKidsNow.gov
- Programa de capacitación nacional de CMS
 - CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html
- Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP); puede llamar a su oficina local de SHIP
 - Medicare.gov/contacts/organization-search-criteria.aspx

NOTA: Encontrará una lista completa disponible en [Material web de ayuda](#).

Puntos clave que debe recordar

- Medicare es un programa de seguro médico.
- No cubre todos sus costos médicos.
- Tiene opciones sobre cómo obtener cobertura.
- Existen programas para las personas con ingresos y recursos limitados.
- Las decisiones afectan el tipo de cobertura que recibe.
- Ciertas decisiones son urgentes.
- Puede obtener ayuda si la necesita.

01/05/2015

Introducción a Medicare

61

Puntos clave que debe recordar:

- Medicare es un programa de seguro médico.
- No cubre todos sus costos médicos.
- Tiene opciones sobre cómo obtener cobertura.
- Existen programas para las personas con ingresos y recursos limitados.
- Tiene que tomar decisiones. Es importante saber cuándo debe tomar una medida. Las decisiones afectan el tipo de cobertura que recibe. Ciertas decisiones son urgentes.
- Tiene ayuda disponible si la necesita.

NOTA: Para obtener una revisión más detallada de la información que se presenta en este módulo, consulte el módulo de capacitación "Entienda Medicare" y *otros módulos específicos*,

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

Programa de Capacitación Nacional de CMS (NTP)

Para conocer todos los materiales de capacitación del NTP disponibles, o para suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite:

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

Por preguntas sobre los productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov

Este módulo de capacitación lo proporciona el Programa de Capacitación Nacional de CMS (NTP en inglés)

Para consultar todo el material del NTP CMS disponible, incluidos los módulos de capacitación adicional, material de apoyo, actividades educativas y seminarios web y cronogramas de talleres, o para suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram](https://cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram).

Por preguntas sobre estos productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov