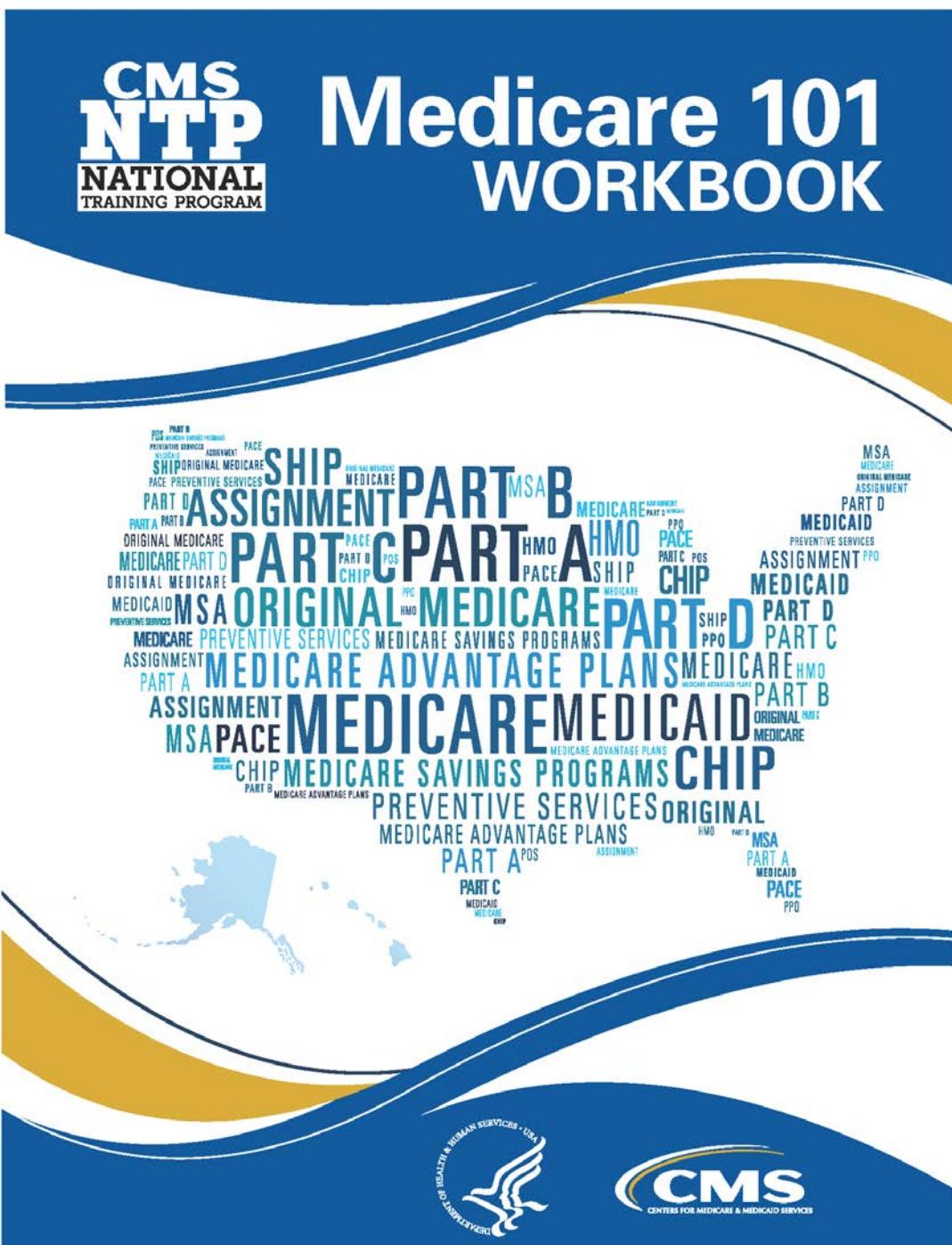


Medicare 101

Cuadernillo de Trabajo



Este cuadernillo de trabajo del Programa de Capacitación Nacional (NTP) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es un recurso informativo para los socios de los CMS. El presente no es un documento legal ni tiene fines de prensa. Los medios pueden comunicarse con la Oficina de Prensa de los CMS a press@cms.hhs.gov. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

Puede obtener información adicional y recursos del NTP de los CMS en <https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/>.

Julio de 2017

Contenido

Acerca de Medicare 101	iv
Cómo usar este cuadernillo de trabajo.....	v
Lección 1: Puntos básicos de Medicare	1-1
Lección 2: Opciones de cobertura de Medicare	2-1
Lección 3: Coordinación de Beneficios	3-1
Lección 4: Fraude, desperdicios y abuso	4-1
Lección 5: Revisión.....	5-1
Anexo A: Recursos	A-1
Anexo B: Glosario.....	B-1
Anexo C: Respuestas	C-1
Anexo D: Guía de referencia rápida.....	D-1

Acerca de Medicare 101

[Diapositiva 1]



Medicare 101

2017

Acerca de Medicare 101

Medicare 101 es un módulo de capacitación del Programa de Capacitación Nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). El módulo y su cuadernillo de trabajo complementario explican el programa Medicare, incluido lo que es, su cobertura y costos, las opciones de cobertura, apelaciones, inscripción, coordinación de beneficios y cómo combatir el fraude, los desperdicios y el abuso.

El módulo de capacitación Medicare 101 fue desarrollado y aprobado por los CMS, la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y el Mercado de Seguros Médicos facilitado federalmente.

La información del módulo de capacitación Medicare 101 y este cuadernillo de trabajo era correcta al mes de julio de 2017. Para consultar una versión actualizada, visite <https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html>.

Puede consultar otros módulos de capacitación en <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Classroom-Modules.html>

Cómo usar este cuadernillo de trabajo

[Diapositiva 2]



1. Puntos Básicos sobre Medicare
2. Opciones de cobertura de Medicare
3. Coordinación de Beneficios
4. Fraude, desperdicios y abuso
5. Revisión

Julio de 2017

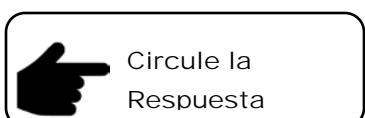
Medicare 101

2

Cómo usar este cuadernillo de trabajo

Qué hay adentro. El *Cuadernillo de trabajo Medicare 101* complementa el módulo de capacitación Medicare 101. Medicare 101 es una reseña del programa Medicare. Existen otros productos de capacitación detallados sobre temas como Derechos y protecciones, pólizas de Seguro complementario de Medicare (Medigap), planes Medicare Advantage y cobertura de medicamentos recetados de Medicare disponibles para descargar en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Classroom-Modules.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Classroom-Modules.html).

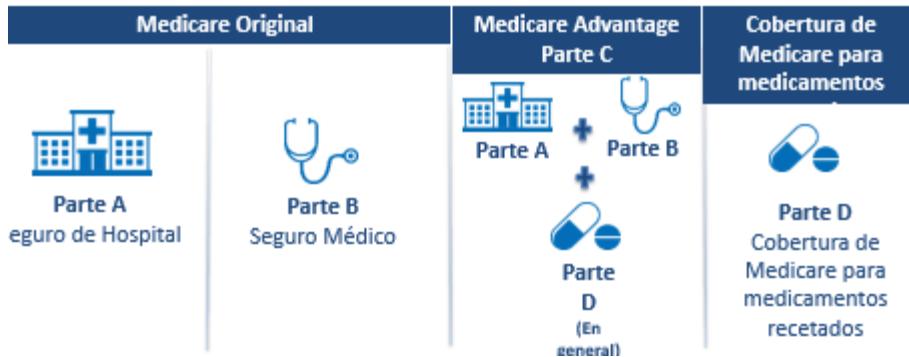
El cuadernillo de trabajo está organizado para que se corresponda con el contenido del módulo de capacitación Medicare 101. Incluye espacio para tomar notas, así como anexos con enlaces a otros recursos para capacitación y referencia, un glosario de términos de Medicare, respuestas para actividades incluidas en todo el cuadernillo de trabajo y una guía de referencia rápida para las preguntas frecuentes de Medicare.



Cada vez que observe un ícono con un dedo que señala, encontrará actividades como juegos de correspondencia, para completar espacios, marcar la respuesta con un círculo o preguntas tipo "verdadero o falso".

Estas actividades pueden realizarse durante las sesiones de capacitación presenciales o en forma individual. Las respuestas se incluyen en el Anexo C.

Encontrará un enlace que lo llevará a un Módulo del Aula de los CMS en línea. Estos módulos son herramientas de aprendizaje individual para los que cada uno puede llevar su propio ritmo y que cubren un tema en particular de Medicare 101 con mayor profundidad. El Anexo A incluye descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.



Los íconos de este cuadro se usan para indicar las 4 partes de Medicare. A lo largo del cuadernillo de trabajo, estos íconos se usan para la Parte A, Parte B, Parte C y Parte D.

Ideas para los Capacitadores

- Indique a los participantes que completen las actividades del cuadernillo de trabajo durante un evento de capacitación o después de ella.
- Recuérdale a los participantes que habrá una actividad de revisión al final (Lección 5). Haga hincapié en el contenido que se incluirá en la revisión. Estos recordatorios servirán de motivación para los participantes a los que les agrada competir de manera amistosa.
- Indíqueles a los participantes las páginas del cuadernillo de trabajo para obtener información o recursos adicionales sobre temas que no están completamente cubiertos durante la capacitación. Esto les ayudará a ver lo que hay en este cuadernillo de trabajo y comprender su valor como referencia.
- Aliente a los participantes a tomar notas en el cuadernillo de trabajo. Tomar notas les ayudará a recordar los puntos clave.
- Aliente a los participantes a mantener el cuadernillo de trabajo como una herramienta de referencia y usar las actividades y los recursos sugeridos para aumentar su aprendizaje.

Ideas para los Participantes

- Tome notas en el cuadernillo de trabajo durante el evento de capacitación.
- Conserve el cuadernillo de trabajo como herramienta de referencia rápida.
- Complete las actividades del cuadernillo de trabajo para verificar su comprensión.
- Examine los recursos del Anexo A para aumentar sus conocimientos sobre Medicare.

Lección 1: Puntos Básicos de Medicare

[Diapositiva 3]



Lección 1: Puntos Básicos de Medicare

**CMS
NTP
NATIONAL TRAINING PROGRAM**

- ¿Qué es Medicare?
- ¿Cuáles son las agencias responsables de Medicare?
- ¿Cuáles son las 4 partes de Medicare?
 - ¿Cuál es la Cobertura y el Costo de la Parte A?
 - ¿Cuál es la Cobertura y el Costo de la Parte B?
- ¿Cuándo puede apelar?
- ¿Cómo y cuándo puede inscribirse en Medicare?

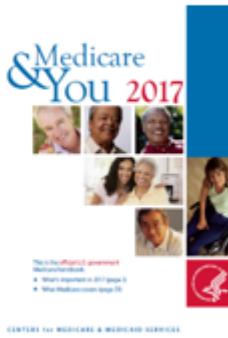
La Lección 1 cubre las características básicas de Medicare, que incluyen:

- ¿Qué es Medicare?
- ¿Cuáles son las agencias responsables de Medicare?
- ¿Cuáles son las 4 partes de Medicare?
 - ¿Cuál es el Costo y la Cobertura de la Parte A?
 - ¿Cuál es el Costo y la Cobertura de la Parte B?
- ¿Cuándo puede apelar?
- ¿Cómo y cuándo puede inscribirse en Medicare?

Notas

- _____
- _____
- _____

¿Qué es Medicare?



■ Un seguro médico para personas

- De 65 años o mayores;
- Menores de 65 años con ciertas incapacidades:
 - Con ALS (esclerosis lateral amiotrófica, también llamada enfermedad de Lou Gehrig) sin período de espera;
- De cualquier edad con enfermedad renal en etapa terminal.

¿Qué es Medicare?



Elija de las opciones de respuestas. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Opciones de respuesta: 65, 1, 24, 57,7

Quién está asegurado. Medicare es un seguro médico para, generalmente, 3 grupos:

- Personas que tienen _____ años o más.
- Personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y que tienen derecho a beneficios del Seguro Social por incapacidad durante _____ meses (incluye Esclerosis lateral amiotrófica [ELA, también conocida como enfermedad de Lou Gehrig], sin período de espera).
- Personas de cualquier edad que padecan enfermedad renal en etapa terminal, que es una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis frecuente o un trasplante de riñón

Otras personas que están aseguradas. Un pequeño grupo de personas que pueden conseguir Medicare sobre la base de un peligro ambiental para la salud declarado por el gobierno federal, si tienen una condición relacionada con el asbestos asociada con dicho peligro. Actualmente, esta cláusula se aplica únicamente a individuos afectados por un peligro en Libby, Montana.

Requisitos de ciudadanía/residencia para elegibilidad de Medicare. Para obtener la Parte A y/o la Parte B, debe ser ciudadano estadounidense o residente legal (por lo menos, 5 años consecutivos) de los Estados Unidos. Si vive en Puerto Rico, debe inscribirse activamente en la Parte B.

Manual de Medicare. El manual "Medicare y Usted" que aparece en la diapositiva se envía por correo a cada hogar de Medicare cada año en otoño.



[Módulo 0 del Aula de los CMS: Introducción a Medicare](#): Se trata de una herramienta de aprendizaje individual que cada uno puede utilizar a su propio ritmo y cubre Medicare y las decisiones que las personas deben tomar cuando seleccionan una opción de Medicare. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP** ¿Cuáles son las agencias responsables de Medicare?

Se encargan de la inscripción, las primas y las tarjetas de reemplazo de Medicare

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION USA

La Administración del Seguro Social (SSA) se encarga de inscribir a la mayoría de las personas en Medicare

Julio de 2017

La Junta de Retiro Ferroviario (RRB) inscribe a los jubilados ferroviarios en Medicare

Medicare 101

Nosotros nos encargamos del resto

RAILROAD RETIREMENT BOARD U.S.A.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) administran el programa Medicare

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

5

Agencias responsables de Medicare



Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Inscripción, primas y tarjetas de reemplazo de Medicare

- La Administración del Seguro Social (SSA) se encarga de inscribir a (todas o la mayoría) de las personas en Medicare.
- La Junta de Retiro Ferroviario (RRB) se encarga de (inscribir a o pagar las reclamaciones de) los jubilados ferroviarios en Medicare.
- La SSA y RRB también cobran primas y determinan los montos de las primas de la Parte A (si usted debe pagarlos) y de la Parte B. Si usted se jubiló del servicio federal, comuníquese con (Oficina de Administración de Personal o SSA) en relación con sus primas.
- La SSA y RRB (se encargan o no se encargan) de las tarjetas de reemplazo de Medicare.

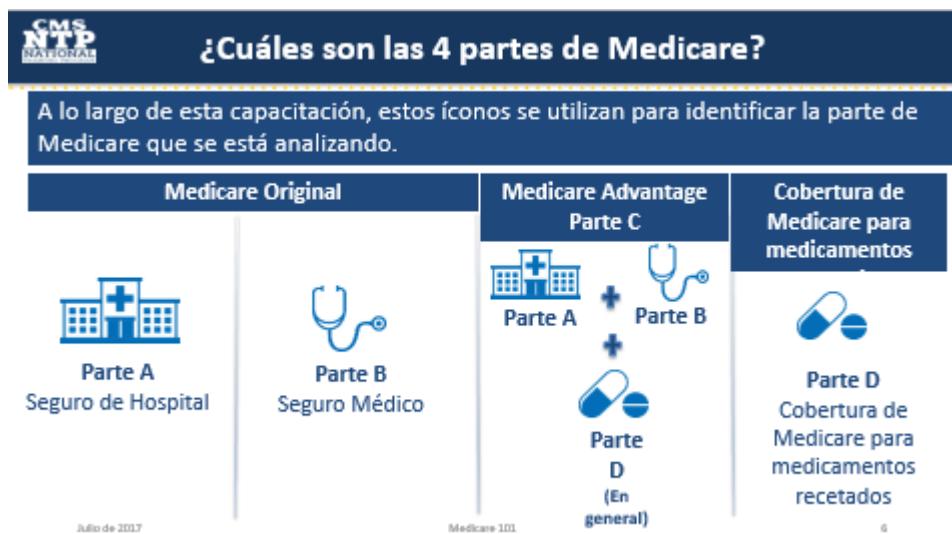
Administración

- Medicare es administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 6]



Las 4 partes de Medicare



Trace una línea desde cada parte de Medicare (A, B, C o D) hasta su descripción.
Consulte las respuestas en el Anexo C

Parte A Cobertura de Hospital + Seguro Médico + Medicamentos Recetados (generalmente)

Parte B Cobertura de Medicare para medicamentos recetados

Parte C Seguro de Hospital

Parte D Seguro Médico

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

4

A +/o B = Medicare Original. La Parte A y la Parte B también se denominan "Medicare Original".

- **Parte A** (Seguro de Hospital)
- **Parte B** (Seguro Médico)
- La **Parte C** (Medicare Advantage (MA)) es otra forma de obtener sus beneficios de Medicare. Aquí se combinan las Partes A y B y, generalmente, la Parte D (cobertura para medicamentos recetados). Los planes de MA los gestionan compañías de seguro privadas que aprueba Medicare. Estos planes deben cubrir servicios necesarios por razones médicas.
- La **Parte D** (Cobertura de Medicare para medicamentos recetados) ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

Conozca más. El Anexo D incluye un cuadro de una página completa con información básica sobre las 4 partes de Medicare. Si no puede consultarla ahora, envíese un recordatorio para consultarla más adelante. Quizás decida publicar el cuadro en su área de trabajo como referencia rápida.



MODULE 1

[Módulo 1 del Aula de los CMS: Comprender Medicare](#): Esta herramienta de aprendizaje individual que cada uno puede utilizar a su propio ritmo cubre la cobertura de Hospital (Parte A), Seguro Médico (Parte B) y Medicare Advantage (Parte C), Medicamentos Recetados (Parte D) en Medicare. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

- _____
- _____
- _____

Medicare Original:
¿Cuál es la Cobertura y el Costo de la Parte A?



Parte A
Seguro de Hospital

La Parte A, Seguro de Hospital, ayuda a cubrir los siguientes servicios necesarios por razones médicas:

- ✓ Cuidados durante la internación:
 - 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:
 - Despues de una internación de 3 días relacionada,
 - Si cumple con todos los criterios.

Julio de 2017

Medicare 101

7

Medicare Original: ¿Qué cubre la Parte A?



Complete los
Espacios en
Blanco

Elija de las opciones de respuestas. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Opciones de respuesta: 2, 190

A continuación, se describe lo que está cubierto en virtud de la Parte A:

- **Cuidados en internación:** 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 _____ días).
- **Todas las personas con la Parte A están cubiertas para cuidados durante la internación cuando todas estas condiciones se cumplen:**
 - Un médico emite una orden oficial que indica que usted necesita _____ o más noches de cuidados necesarios por razones médicas para tratar su enfermedad o lesión y el hospital lo admite formalmente.
 - Necesita el tipo de cuidados que únicamente le pueden brindar en un hospital.
 - El hospital acepta Medicare.
 - El Comité de Revisión de Utilización del hospital autoriza su estadía mientras esté en un hospital.
- **Cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF) para pacientes internados:** (no es cuidado a largo plazo, ni de acompañante) si cumple con determinados criterios. Los cuidados especializados implican cuidados seguros y efectivos brindados por personal de enfermería especializada o de rehabilitación. El personal de enfermería especializada y terapia incluye enfermeras registradas, enfermeras licenciadas prácticas y profesionales, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, patólogos del habla-lenguaje y auditólogos.

¿Quién no está cubierto?

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.

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP
NATIONAL**

Medicare Original: ¿Qué cubre la Parte A? (continuación)

Parte A
Seguro de Hospital



La Parte A, Seguro de Hospital, ayuda a cubrir

- ✓ Sangre (internación).
- ✓ Ciertos servicios de cuidados de la salud no religiosos y no médicos durante la internación en instituciones religiosas no médicas (RNHCl).
- ✓ Cuidado de la salud en el hogar.
- ✓ Cuidado de hospicio.

☒ ¿Qué no está cubierto?

- Servicio privado de enfermería.
- Habitación privada (salvo que sea necesario por razones médicas).
- Televisión y teléfono en su habitación (si se cobra aparte por estos artículos).
- Artículos de cuidado personal, como afeitadoras descartables o calcetines antideslizantes.

Julio de 2017

Medicare 101

II

Medicare Original: ¿Qué cubre la Parte A? (Continuación)

A continuación, se describe más detalladamente lo que está cubierto en virtud de la Parte A:

- **Sangre:** en la mayoría de los casos, si necesita sangre como paciente internado, no tendrá que pagarla o reemplazarla.
- **Determinados servicios del cuidado de salud durante la internación en instituciones religiosas de cuidados de la salud no médicos (RNHCl) autorizadas:** Medicare sólo cubre los servicios no religiosos y no médicos, artículos y servicios no médicos durante la internación. 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 salud en el hogar:** como se describe más adelante en esta lección.
- **Cuidado de hospicio:** como se describe más adelante en esta lección.

¿Qué no está cubierto?

- Servicio privado de enfermería.
- Habitación privada (salvo que sea necesario por razones médicas).
- Televisión y teléfono en su habitación (si se cobra aparte por estos artículos).
- Artículos de cuidado personal (como afeitadoras descartables o calcetines antideslizantes).

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP
NATIONAL**

Parte A: Lo que paga en 2017


Parte A
Seguro de Hospital

- **Prima:** Ninguna prima para la mayoría de las personas.
- **Deductible:** \$1,316 para estadías en el hospital como paciente internado (días 1 a 60).
 - Para estadías en el hospital como paciente internado que superen los 60 días,
 - \$329 por día por los días 61 a 90;
 - \$658 por cada día luego del día 90;
 - "Días de reserva durante su vida" (hasta 60 durante toda su vida).
 - Todos los costos después de los 150 días.
- **Máximo de su bolsillo:** Ninguno en Medicare Original.

NOTA: La Parte B paga la mayoría de sus servicios médicos mientras usted está internado.

Julio de 2017

Medicare 101

9

Resumen de los costos de la Parte A para 2017



Trace una línea desde cada descripción (1 a 3) hasta el importe en dólares correcto (a-c). Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. Prima mensual de la Parte A para la mayoría de las personas a. \$413
2. Deducible de la Parte A para estadía en el hospital como paciente internado de 60 b. \$0
3. Prima mensual más alta de la Parte A (para las personas que pagaron los impuestos de Medicare por menos de 30 trimestres y compran la Parte A) sin multa por inscripción tardía. c. \$1,316

Prima: Ninguna prima para la mayoría de las personas.

Si usted compra la Parte A, pagará hasta \$413 por mes en 2017.

- Si pagó los impuestos de Medicare por menos de 30 trimestres, la prima estándar de la Parte A es \$413.
- Si pagó los impuestos de Medicare por menos de 30 a 39 trimestres, la prima estándar de la Parte A es \$227.

(En la mayoría de los casos, si elige comprar la Parte A, también debe contar con la Parte B de Medicare (Seguro Médico) y pagar una prima mensual por ambas).

Deductible: \$1,316 para estadías en el hospital como paciente internado (días 1 a 60).

Para estadías en el hospital como paciente internado de más de 60 días, también pagará lo siguiente:

- \$329 por día (días 61 a 90).

- \$658 por cada "día de reserva de por vida" (día 91 y posteriores, hasta 60 días durante toda su vida).
- Todos los costos luego de los días de reserva de por vida (día 150 y posteriores).

Máximo de su bolsillo: Ninguno en Medicare Original.

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) paga la mayoría de sus servicios médicos mientras usted está internado. Usted paga 20% del monto aprobado por Medicare para sus servicios médicos después de pagar el deducible de la Parte B.

Los términos relacionados con los costos que debe conocer

Primas: El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros, o un plan de salud para cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Deducibles: Cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Copago: Cantidad que posiblemente deba pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como una consulta al médico, una visita como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. En general, un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje.

Coseguro: Cantidad que usted tiene que pagar como su parte del costo por servicios, después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Notas

- _____
- _____
- _____

¿Es usted un paciente internado o ambulatorio?

**CMS
NTP
NATIONAL**

- Su condición de internación afecta cuánto paga de su bolsillo, lo que está cubierto por la Parte A y/o la Parte B, y si Medicare cubrirá los cuidados posteriores del centro de enfermería especializada (SNF).
- Aviso de observación de paciente ambulatorio de Medicare (MOON), entregado durante la condición de observación durante más de 24 horas, aunque antes de la hora 36.

Paciente internado: cuando lo admitieron formalmente en el hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.

Paciente ambulatorio: cuando el médico no ha emitido una orden para ingresarlo, incluso si pasó la noche.

Julio de 2017

Medicare 101

10

¿Es usted un paciente internado o ambulatorio?



Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Por qué importa su condición de internación. Su condición de internación (ya sea que el hospital lo considere un “paciente internado” o “paciente ambulatorio”) afecta cuánto deberá pagar por los servicios hospitalarios (como radiografías, medicamentos y análisis de laboratorio) y también puede afectar si Medicare cubre los cuidados que reciba en un centro de enfermería especializada luego de su internación.

Condición de paciente internado. Usted es un paciente internado a partir del momento en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden del médico. El (día o día anterior) a su alta es su último día como paciente internado.

Admisión como paciente internado. Una admisión como paciente internado generalmente es adecuada cuando se prevé que usted necesitará (2 o 3) o más noches de cuidados hospitalarios necesarios por razones médicas. Sin embargo, su médico debe emitir una orden para dicha internación y el hospital deberá admitirlo formalmente para que usted pase a ser un paciente internado. Si tiene un plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) sus costos y cobertura podrían ser diferentes. Verifique con su plan.

Condición de paciente ambulatorio. Usted es paciente ambulatorio si recibe servicios del departamento de emergencias, servicios de observación, cirugía ambulatoria, análisis de laboratorio, radiografías o cualquier otro servicio hospitalario, y el médico (ha o no ha) emitido una orden para que lo admiten en el hospital como paciente internado. En estos casos, usted es un paciente ambulatorio incluso si pasó la noche internado.

Copagos y deducibles. El copago para un servicio hospitalario para paciente ambulatorio único no puede superar el deducible por internación. Sin embargo, su copago total para todos los servicios ambulatorios (**puede o no puede**) superar el deducible por internación.

Aviso de observación de paciente ambulatorio de Medicare (MOON)

¿Qué es el MOON? El MOON (Formulario CMS 10611-MOON) es un aviso estándar para informar a las personas con Medicare (incluidos los inscritos en el plan médico) que son pacientes ambulatorios que reciben servicios de observación y no son pacientes internados de un hospital ni hospital de acceso crítico (CAH).

¿Cuándo se debe enviar un MOON? Se debe enviar un MOON si la observación durará más de 24 horas, pero antes de la hora **(36 o 48)** de observación.

Conozca más. Para más información, visite [CMS.gov/medicare/medicare-general-information/bni/](https://www.cms.gov/medicare/medicare-general-information/bni/).

Notas

- _____
- _____
- _____

Compruebe sus conocimientos: Paciente internado/ambulatorio (Jim)

Compruebe sus conocimientos: Paciente internado/ambulatorio



Jim fue al hospital con dolor de pecho. Estuvo en el departamento de emergencias durante 2 días. Posteriormente, su médico emitió órdenes para admitirlo el tercer día. Recibió el alta 2 días más tarde.

La Parte A cubrió la internación completa de Jim debido a que estuvo 5 días (4 noches) internado.

Verdadero

Falso

Julio de 2017

Medicare 101

11



Cierto o Falso

Seleccione Verdadero o Falso para la situación que se describe a continuación. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Situación: Jim fue al hospital con dolor de pecho. Estuvo en el departamento de emergencias durante 2 días. Posteriormente, su médico emitió órdenes para admitirlo el tercer día. Recibió el alta 2 días más tarde.

¿Es el siguiente enunciado verdadero o falso? La Parte A cubrió la internación completa de Jim debido a que estuvo 5 días (4 noches) internado. (Verdadero o Falso)

Notas

- _____
- _____
- _____

**Cuidados en un Centro de Enfermería Especializada (SNF):
condiciones requeridas para la cobertura**



- Requiere servicios especializados diariamente (no solo cuidado a largo plazo o cuidado de acompañante).
- Paciente internado por 3 días consecutivos o más (no incluye el día del alta).
- Admitido en el SNF dentro de un período específico (generalmente 30 días después de recibir el alta hospitalaria).
 - * Si se requieren más de 30 días, se necesita una nueva internación de 3 días que califique.
- Los cuidados del SNF deben ser para una condición tratada en el hospital o una condición que surgió mientras recibía cuidado en el SNF para una condición tratada en el hospital.
- El SNF debe participar en Medicare

Julio de 2017

Medicare 101

32

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada: Condiciones requeridas para la cobertura



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C

La Parte A pagará por la atención en un centro de enfermería especializada (SNF) si usted cumple con las siguientes condiciones:

- Su médico (debe o no debe) certificar que su condición requiere servicios de enfermería o rehabilitación especializados que solo pueden brindarse en un SNF.
- Esto (incluye o no incluye) cuidado a largo plazo o de acompañante. Medicare no cubre cuidado de acompañante si es el único tipo de cuidado que necesita. El cuidado de acompañante, por lo general, se proporciona en un centro de enfermería. Generalmente, el cuidado especializado tiene cobertura de Medicare solamente por un plazo breve posterior a la internación. Es posible que el cuidado de acompañante se necesite durante un período más prolongado.
- Estuvo internado en un hospital por 3 días consecutivos o (menos o más) antes de ser admitido en un SNF participante. El requisito de la estadía de 3 días calendario consecutivos puede cumplirse con estadías que sumen 3 días consecutivos en uno o más hospitales. A fin de

El cuidado de acompañante es el cuidado en el que se lo ayuda con actividades diarias como levantarse y acostarse, comer, bañarse, vestirse y usar el baño. También puede incluir cuidados que la mayoría de las personas hacen por sí solas, como usar gotas para los ojos, oxígeno y los cuidados relacionados con una colostomía o un catéter urinario.

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.

- **Lo admitieron en el SNF dentro de los (30 o 60) días posteriores a dejar el hospital.** Después de 30 días, necesitará una nueva internación de 3 días que califique. Deberá ser por la misma condición.
- **Su cuidado en el SNF (debe o no debe ser) para una condición que haya sido tratada en el hospital** o que haya comenzado mientras estaba recibiendo cuidado en el SNF para una condición tratada en el hospital.
- **El centro (debe o no debe) ser un SNF que participe en Medicare.**

Conozca más. Para obtener más información, visite “Cobertura de Medicare de Centros de Enfermería Especializada” en Medicare.gov/Pubs/pdf/10153.pdf.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 13]

Servicios cubiertos en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)



Parte A
Seguro de Hospital

- ✓ Habitación semiprivada.
- ✓ Comidas.
- ✓ Cuidado de enfermería especializada.
- ✓ Terapia del habla, ocupacional y física si es necesaria para alcanzar su objetivo de salud.
- ✓ Servicios médicos sociales.
- ✓ Medicamentos, suministros/equipamiento médico.
- ✓ Transporte en ambulancia (limitado)
 - Hasta el proveedor más cercano de servicios necesarios que no estén disponibles en el SNF, si otro tipo de transporte pone en peligro la salud del paciente.
- ✓ Asesoramiento nutricional.

Julio de 2017

Medicare 101

13

Servicios cubiertos en un Centro de Enfermería Especializada

Si califica, Medicare cubrirá los siguientes servicios en un centro de enfermería especializada (SNF):

- Habitación semiprivada (una habitación que comparte con otra persona).
- Comidas.
- Cuidado de enfermería especializada.
- Terapia del habla, ocupacional y física (si es necesaria para alcanzar su objetivo de salud).
- Servicios médicos sociales.
- Medicamentos y suministros/equipamiento médico utilizados en el centro.
- Transporte en ambulancia hasta el proveedor más cercano de servicios que no estén disponibles en el SNF, si otro tipo de transporte pone en peligro la salud del paciente.
- Asesoramiento nutricional.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 14]

CMS NTP Pago por el Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada	
Por cada período de beneficios en 2017,	Usted paga
 Parte A Seguro de Hospital	Días 1-20 \$0
	Días 21-100 \$164.50 por día
	Todos los días después de 100 Todos los costos

Julio de 2017

Medicare 101

34

Pago por el Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada



Pareo

Trace una línea desde cada pregunta (1 a 4) hasta su respuesta correcta (a-d). Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. ¿Cuánto tiempo está cubierto en un centro de enfermería especializada (SNF) en su totalidad si cumple con los requisitos de la estadía cubierta por Medicare?
 - a. Todos los días después de 100 días
2. Teniendo el Medicare Original, en 2017, ¿Qué días del cuidado en un SNF están cubiertos para cada periodo de beneficios excepto por un coseguro de hasta \$164.50 por día?
 - b. Cada vez que tiene un nuevo periodo de beneficios y cumple con otros
3. ¿Cuándo puede calificar para SNF nuevamente?
 - c. Durante los primeros 20 días
4. ¿Cuándo es que Medicare Parte A deja de cubrir el cuidado en un SNF?
 - d. Dias 21 a 100

Días 1 a 20. El cuidado en un SNF está cubierto en su totalidad durante los primeros 20 días, siempre que cumpla con los requisitos de la estadía cubierta por Medicare.

Días 21 a 100. En 2017, con Medicare Original, se cubren los días 21 a 100 de cuidado en un SNF para cada periodo de beneficios, excepto por el pago de un coseguro de \$164.50 por día.

Todos los días después de 100. Después de 100 días, la Parte A de Medicare no cubre cuidado en un SNF.

Nuevo período de beneficios. Puede calificar para recibir cuidado en un SNF nuevamente cada vez que comience un nuevo período de beneficios y cumpla con los otros criterios.

Notas

- _____
- _____
- _____

Períodos de beneficios en Medicare Original

CMS NTP NATIONAL

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

Los períodos de beneficios pueden extenderse a través de años calendario.

Finaliza 60 días seguidos aquí.

Hogar

Aquí no...

Hospital o SNF

Julio de 2017 Medicare 101 25

Período de Beneficios en Medicare Original



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

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.

1. Un período de beneficios comienza (el día en que o el día después de que) se lo admite como paciente internado en un hospital o SNF.
2. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún tipo de cuidado en internación (o cuidado especializado en un SNF) durante (30 o 60) días seguidos. (El día anterior a su alta es su último día como paciente internado).
3. Si ingresa en un hospital o SNF (antes o después) de que un período de beneficios haya terminado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios.
4. Deberá pagar el deductible de la (Parte A o Parte B) por internación para cada período de beneficios.
5. (Hay o no hay) límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.
6. Los períodos de beneficios (pueden o no pueden) extenderse a través de años calendario.

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP NATIONAL Compruebe sus conocimientos: Períodos de beneficios**

Michael fue admitido en el hospital el 30 de diciembre de 2016. Permaneció durante 5 días. Fue admitido nuevamente el 2 de febrero de 2017 (29 días más tarde) y permaneció durante 3 días.



Michael debió pagar 2 deducibles de la Parte A debido a que sus cuidados incluyeron períodos de 2016 y de 2017.

Verdadero

Falso

Julio de 2017

Medicare 101

26

Compruebe sus conocimientos: Períodos de Beneficios (Michael)



Seleccione Verdadero o Falso para la situación que se describe a continuación. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Situación: Michael fue admitido en el hospital el 30 de diciembre de 2016. Permaneció durante 5 días. Fue admitido nuevamente el 2 de febrero de 2017 (29 días más tarde) y permaneció durante 3 días.

¿Es el siguiente enunciado verdadero o falso? Michael debió pagar 2 deducibles de la Parte A debido a que sus cuidados incluyeron períodos de 2016 y de 2017. (Verdadero o Falso)

Notas

- _____
- _____
- _____

Cobertura de Cuidado de la salud en el hogar



Habitualmente, una agencia de cuidados de la salud en el hogar coordina los servicios que su médico le indique.

- ✓ Cuidado de enfermería especializada intermitente.
- ✓ Fisioterapia.
- ✓ Servicios de patología del habla.
- ✓ Servicios ocupacionales continuos y más.
- ☒ Medicare no paga por:
 - Cuidado de 24 horas por día en el hogar;
 - Comidas a domicilio;
 - Servicio doméstico;
 - Cuidado personal.

Julio de 2017

Medicare 101

37

Cobertura de Cuidado de salud en el hogar



Seleccione Verdadero o Falso para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. Si su médico le indica cuidados de la salud en el hogar, generalmente el médico coordina dichos servicios. (Verdadero o Falso)
2. La fisioterapia es uno de los servicios de cuidado de salud en el hogar que cubre Medicare. (Verdadero o Falso)
3. Las comidas a domicilio es uno de los servicios de cuidado de salud en el hogar que cubre Medicare. (Verdadero o Falso)

Los servicios de salud en el hogar cubiertos incluyen los siguientes:

- Cuidado de enfermería especializada intermitente
- Fisioterapia
- Servicios de patología del habla
- Servicios ocupacionales continuos y más
- También puede incluir servicios médicos sociales, servicios de asistentes de salud en el hogar de tiempo parcial o intermitente, suministros médicos para uso en el hogar, equipo médico duradero, o medicamentos inyectables para la osteoporosis

Habitualmente, una agencia de cuidados de la salud en el hogar coordina los servicios que su médico le indique.

Medicare no paga por lo siguiente:

- Cuidado de 24 horas por día en el hogar
- Comidas a domicilio
- Servicio doméstico
- Cuidado personal

Notas

- _____
- _____
- _____
- _____



Cinco condiciones requeridas para la cobertura del cuidado de la salud en el hogar



Parte A
Seguro de Hospital

1. Debe estar confinado en el hogar.
2. Debe necesitar cuidado especializado a tiempo parcial o en forma intermitente.
3. Debe estar bajo el cuidado de un médico.
 - Recibir servicios conforme a un plan de cuidado.
4. Tener un encuentro en persona con un médico
 - Antes de comenzar el cuidado o dentro de los 30 días de iniciado.
5. La agencia de cuidados de la salud en el hogar debe estar aprobada por Medicare.

Julio de 2017

Medicare 101

38

Cinco condiciones requeridas para la cobertura del cuidado de salud en el hogar



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Para ser elegible para recibir servicios de cuidado de salud en el hogar debe cumplir con las siguientes condiciones:

1. **Condición de confinado en el hogar.** Debe estar confinado en el hogar. Se considerará que una persona está "confinada en el hogar" (en su casa) si se cumplen los siguientes 2 criterios: (1) Debido a una enfermedad o una lesión, el paciente debe necesitar la ayuda de dispositivos de apoyo, tales como muletas, bastones, sillas de ruedas y andadores; el uso de transporte especial; o la asistencia de otra persona para salir de su lugar de residencia, O BIEN (2) debe tener una afección por la cual salir de su casa esté médicaamente contraindicado. Si el paciente cumple con (ambas o solo una) de las 2 condiciones mencionadas, TAMBIÉN debe cumplir los siguientes 2 requisitos adicionales: (1) Debe existir una incapacidad normal de salir del hogar, YD (2) Salir del hogar debe considerarse un esfuerzo importante y perjudicial. Puede salir del hogar para recibir tratamiento médico o por ausencias poco frecuentes y breves por motivos no médicos, como para asistir a servicios religiosos. De todos modos, podrá continuar recibiendo cuidado de salud en el hogar si asiste a una institución de cuidado de día para adultos.
2. **Necesidad de cuidado.** Debe necesitar cuidado (especializado o no especializado) en forma intermitente, o fisioterapia o tener una patología del habla, o necesitar terapia ocupacional en forma continua.
3. **Plan del médico para cuidados.** Su médico debe decidir que usted necesita cuidado (especializado o no especializado) en su hogar y debe crear un plan para los cuidados en el hogar.

4. **Documentación de un encuentro en persona con un médico.** Antes de certificar su elegibilidad para el beneficio de cuidado de salud en el hogar de Medicare, el médico debe documentar que él/ella o un profesional no médico han tenido una entrevista personal con usted. El encuentro debe ocurrir 90 días antes o dentro de los **(7 o 30)** días posteriores al inicio del cuidado. La ley permite que la entrevista en persona se realice en forma remota por medio de Telehealth en áreas rurales, en un sitio de origen aprobado. Esto significa servicios médicos o de salud brindados a un paciente por medio de sistemas de comunicación (como computadoras, teléfono o televisión), por un profesional en un lugar que no sea donde se encuentra el paciente.
5. **Agencia de cuidados de la salud en el hogar aprobada por Medicare.** La agencia de cuidados de la salud en el hogar que utilice **(debe o no debe)** estar aprobada por Medicare.

Es posible que la Parte B también pague por el cuidado de salud en el hogar en ciertas condiciones. Por ejemplo, la Parte B paga por el cuidado de salud en el hogar si la necesidad de tal cuidado no está precedida por una internación en el hospital, o cuando la cantidad de visitas de cuidado de salud en el hogar cubiertas por la Parte A excede las 100.

Conozca más. Para obtener más información, lea “[Medicare y el Cuidado de Salud en el Hogar](#)”. También puede visitar [CMS.gov/Center/Provider-Type/Home-Health-Agency-HHA-Center.html](#).

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP
NACIONAL**
Pago del cuidados de la salud en el hogar



Parte A
Seguro de Hospital

- En Medicare Original usted paga
 - Nada por servicios de cuidados de la salud en el hogar cubiertos;
 - 20% del monto aprobado por Medicare
 - Por equipo médico duradero
 - Cubierto en la Parte B.
- El plan de cuidados se revisa cada 60 días.
 - Llamado episodio de cuidado.

Julio de 2017

Medicare 101

10

Pago del cuidado de salud en el hogar



**Círcule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

En Medicare Original, por cuidado en el hogar cubierto por la Parte A:

- **Usted (paga un deducible o no paga nada) por servicios de cuidado de salud en el hogar brindados** por agencias del cuidado de salud en el hogar aprobadas por Medicare.
- **(Medicare o el paciente) pagará por separado el equipo médico duradero, siempre que lo solicite un médico.** Para que sea cubierto, este equipo debe cumplir ciertos requisitos. En general, Medicare paga 80% del monto aprobado por Medicare para ciertas piezas de equipo médico, tal como una silla de ruedas o un andador. Si su agencia de cuidados de la salud en el hogar no le suministra equipo médico duradero directamente, el personal de la agencia en general hará los arreglos necesarios para que el proveedor del equipo para el hogar se lo lleve a su casa.
- **Medicare le paga a su agencia de cuidados de la salud en el hogar certificada por Medicare un pago por los servicios cubiertos que recibe durante un período de (60 o 120) días.** Este período se denomina “episodio de atención”. El pago se basa en su condición y necesidades de cuidado.

Cuándo la Parte B cubre el cuidado de salud en el hogar. La Parte A cubre los servicios de cuidado de salud en el hogar pos-institucionales durante una afección que deba tratarse en el hogar que dure hasta 100 visitas. Una vez que agote las 100 visitas de la Parte A de los servicios de cuidado de salud en el hogar pos-institucionales, la Parte B cubre el resto de la afección que deba tratarse en el hogar. El límite de 100 visitas no se aplica a usted si solo está inscrito en la Parte A. Si solo está inscrito en la Parte B y califica para el beneficio de cuidado de salud en el hogar de Medicare, entonces este beneficio se pagará a través de la Parte B. No hay límite de 100 visitas para la Parte B.

Para encontrar una agencia de cuidados de la salud en el hogar en su zona: Visite Medicare.gov y utilice la herramienta de comparación de agencias de cuidado de salud en el hogar o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048.

Notas

- _____
- _____



Compruebe sus conocimientos: ¿Está confinada en el hogar?



Matsu está recibiendo cuidados de la salud en el hogar cubiertos por Medicare. El lunes, su hija la pasó a buscar y la llevó a una cita con el médico. El domingo, su hijo la pasó a buscar y la llevó a la iglesia. Siempre que cumpla con los demás requisitos para recibir cuidados de la salud en el hogar, aún califica para la cobertura de cuidados de la salud en el hogar, a pesar de que haya podido salir de su hogar.

Verdadero
Falso

Año de 2017

Medicare 101

20

Compruebe sus conocimientos: ¿Está confinada en el hogar? (Matsu)



Cierto o Falso

Seleccione Verdadero o Falso para la situación que se describe a continuación. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Situación: Matsu está recibiendo cuidados de la salud en el hogar cubiertos por Medicare. El lunes, su hija la pasó a buscar y la llevó a una cita con el médico. El domingo, su hijo la pasó a buscar y la llevó a la iglesia.

¿Es el siguiente enunciado verdadero o falso? Siempre que cumpla con todos los demás requisitos para recibir cuidado de salud en el hogar, Matsu aún califica para la cobertura de cuidado de salud en el hogar, a pesar de que haya podido salir de su hogar. (Verdadero o Falso)

Notas

- _____
- _____
- _____

¿Qué es el cuidado de hospicio?



Parte A
Seguro de Hospital

- Un equipo interdisciplinario brinda servicios para las personas con una expectativa de vida de 6 meses o menor y su familia.
- Firme una declaración de elección que determine que usted elige el cuidado de hospicio en lugar de los beneficios de rutina cubiertos por Medicare para tratar su enfermedad terminal.
- El énfasis está en la comodidad y el alivio, no en la cura.
- El médico debe certificar cada "periodo de elección".
 - Dos períodos de 90 días.
 - Luego, períodos de 60 días ilimitados.
 - Entrevista personal.
- El proveedor del hospicio debe estar aprobado por Medicare.

Julio de 2017

Medicare 101

21

¿Qué es el cuidado de hospicio?



Cierto o Falso

Seleccione Verdadero o Falso para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. El objetivo del hospicio es curar su enfermedad. (**Verdadero o Falso**)
2. Si tiene una enfermedad terminal, recibirá automáticamente servicios de hospicio en lugar de los beneficios habituales cubiertos por Medicare. (**Verdadero o Falso**)
3. Puede recibir cuidado de hospicio siempre que su doctor certifique que su enfermedad es terminal y que es probable que tenga menos de 6 meses de vida. (**Verdadero o Falso**)

La Parte A también cubre el cuidado de hospicio, que es una forma especial de atender a las personas que tienen una enfermedad terminal y a sus familias. El cuidado de hospicio tiene como objetivo ayudarlo a aprovechar al máximo los últimos meses de vida al brindarle comodidad y alivio para el dolor. Involucra a un equipo que atiende sus necesidades médicas, físicas, sociales, emocionales y espirituales. El objetivo del hospicio es atenderlo a usted y a su familia, no sanar su enfermedad.

¿Cómo elige a su cuidado de hospicio? Debe firmar una declaración de elección que determine que usted elige el cuidado de hospicio en lugar de los beneficios de rutina cubiertos por Medicare para tratar su enfermedad terminal. No obstante, Medicare seguirá cubriendo los servicios médicos que no estén relacionados con la afección por la cual está en el hospicio.

¿Cuándo califica para el cuidado de hospicio? Puede recibir cuidado de hospicio siempre que su doctor certifique que su enfermedad es terminal y que es probable que tenga menos de 6 meses de vida si la enfermedad sigue su curso normal. El cuidado se brinda en "períodos de elección": 2 períodos de 90 días seguidos por períodos ilimitados de 60 días. Al inicio de cada período de beneficios su médico debe certificar que su enfermedad es terminal para que pueda seguir recibiendo cuidado de hospicio.

¿Cuáles son algunos de los requisitos para el cuidado de hospicio? Medicare también requiere visitas personales. El médico debe reunirse con usted dentro de los 30 días de la certificación para el hospicio, a partir de antes del tercer período de elección y con cada nueva certificación.

El proveedor del hospicio debe estar aprobado por Medicare.

Conozca más. Para obtener más información, lea "[Beneficios de Hospicio de Medicare](#)."

Notas

- _____
- _____
- _____

Servicios de hospicio cubiertos



Parte A
Seguro de Hospital

- ✓ Servicios de médicos y personal de enfermería.
- ✓ Terapia del habla, ocupacional y física.
- ✓ Equipos y suministros médicos.
- ✓ Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor.
- ✓ Cuidados de internación a corto plazo para manejar el dolor y los síntomas.
- ✓ Cuidado de relevo en un centro certificado de Medicare
 - Hasta 5 días cada vez, sin límite de veces.
- ✓ Ayudantes de hospicio y de tareas domésticas.
- ✓ Servicios de asistentes sociales.
- ✓ Orientación de duelo, nutricional y otras.

Julio de 2017

Medicare 101

22

Servicios de hospicio cubiertos

Además de los servicios regulares cubiertos por Medicare, tales como la atención de médicos y enfermeros, terapia ocupacional y física, y terapia del habla, el beneficio de hospicio también cubre lo siguiente:

- Equipos médicos (como sillas de ruedas o andadores).
- Suministros médicos (como apósticos y catéteres).
- Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor.
- Cuidado a corto plazo en el hospital, hospicio con internación o centro de enfermería especializada cuando sea necesario para manejar el dolor y los síntomas.
- Cuidado de relevo durante la internación, que es el cuidado que le brinda otro cuidador para que su cuidador habitual pueda descansar. Le brindarán cuidado en un centro aprobado por Medicare, tal como un hospicio con internación, un hospital o un asilo de ancianos. Puede recibir cuidado de relevo por hasta 5 días cada vez y no hay una cantidad limitada de veces para pedirlo. El cuidado de hospicio en general se brinda en su hogar (o en el centro donde viva). Sin embargo, Medicare también cubre la atención hospitalaria a corto plazo cuando es necesaria.
- Ayudantes de hospicio y de tareas domésticas.
- Servicios de asistentes sociales.
- Otros servicios cubiertos, así como servicios que Medicare en general no cubre, como orientación espiritual y de duelo.
- Orientación nutricional y otras.

Notas

- _____
- _____
- _____

Pago del cuidado de hospicio



Parte A
Seguro de Hospital

- En Medicare Original usted paga
 - Nada por el cuidado de hospicio;
 - Hasta \$5 por receta para manejar el dolor y los síntomas
 - Mientras esté en su hogar;
 - 5% por el cuidado de relevo durante la internación.
- En ciertos casos pueden estar cubiertos la habitación y el hospedaje.
 - Cuidado de relevo a corto plazo.
 - Para el manejo de dolor/síntomas que no puedan manejarse en el hogar.
 - Si tiene Medicaid y vive en un centro de enfermería.

Julio de 2017

Medicare 101

23

Pago del cuidado de hospicio



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Copagos. Para el cuidado de hospicio en Medicare Original usted paga un copago de no más de (\$5 o \$10) por cada medicamento recetado y otros productos similares para el alivio del dolor y el control de los síntomas mientras recibe cuidado de rutina o continuo en su hogar, y (5% o 10%) del monto de pago aprobado por Medicare para cuidado de relevo durante la internación. Por ejemplo, si Medicare ha aprobado un cargo de \$150 por día para el cuidado de relevo durante la internación, usted pagará (\$5.00 o \$7.50) por día. El monto que paga por el cuidado de relevo puede cambiar cada año.

Habitación y hospedaje. Medicare solo pagará la habitación y el hospedaje en ciertos casos. La habitación y el hospedaje (estén o no estén) cubiertos durante internaciones a corto plazo para el manejo del dolor y los síntomas y para el cuidado de relevo. La habitación y el hospedaje (estén o no estén) cubiertos si recibe servicios de hospicio generales mientras vive en un asilo de ancianos u otro hospicio residencial. Sin embargo, si tiene Medicaid y Medicare y vive en un centro de enfermería, Medicaid cubre la habitación y el hospedaje.

Cómo encontrar un programa de hospicio. Para encontrar un programa de hospicio, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY: 1-877-486-2048 o a la organización de hospicios de su estado.

Conozca más. Para obtener más información, visite el “Manual de la Política de Beneficios de Medicare”, Capítulo 9, Cobertura de servicios de hospicio con el seguro del hospital en CMS.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/bp102c09.pdf.

Notas

■ _____



Medicare Original: ¿Cuál es el Costo y la Cobertura de la Parte B?



La **Parte B: Seguro Médico** ayuda a cubrir los siguientes servicios necesarios por razones médicas:

- ✓ Servicios médicos.
- ✓ Servicios y suministros médicos y quirúrgicos ambulatorios.
- ✓ Análisis de laboratorio clínicos.
- ✓ Equipo médico duradero (es posible que deba usar determinados proveedores).
- ✓ Suministros para análisis para diabéticos.
- ✓ Servicios preventivos (como vacunas contra la gripe y una consulta anual de bienestar).
- ✓ Cuidado de la salud en el hogar.

Julio de 2017

Medicare 101

24

Medicare Original: ¿Qué cubre la Parte B?

Parte B de Medicare ayuda a cubrir los siguientes suministros y servicios ambulatorios necesarios por razones médicas, incluidos los siguientes:

- **Servicios médicos:** servicios necesarios por razones médicas.
- **Servicios y suministros médicos y quirúrgicos ambulatorios:** 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 proveedores que se encuentran en el Programa de Oferta Competitiva de suministros, ortóptica, prótesis y equipos médicos duraderos. Visite <https://es.medicare.gov/supplierdirectory/search.html>
- **Suministros de análisis para diabetes:** quizás necesite usar proveedores específicos para ciertos tipos de suministros para análisis de diabetes.
- **Servicios preventivos:** exámenes, análisis, pruebas de detección y algunas vacunas para prevenir, detectar o manejar un problema médico (como vacunas contra la gripe y una consulta anual de Bienestar).
- **Servicios de salud en el hogar:** puede usar sus beneficios de salud en el hogar en virtud de la Parte A y/o Parte B.

La Parte B paga por el cuidado de salud en el hogar en determinadas situaciones. La Parte B paga si la necesidad de cuidado de salud en el hogar no está precedida por una internación en el hospital, o cuando la cantidad de visitas de cuidado de salud en el hogar cubiertas por la Parte A excede las 100.

Conozca más. Para obtener más información, lea "[Medicare y el Cuidado de Salud en el Hogar](#)." También puede visitar [CMS.gov/Center/Provider-Type/Home-Health-Agency-HHA-Center.html](https://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Home-Health-Agency-HHA-Center.html).

[Módulo 7 del Aula de los CMS: Servicios Preventivos de Medicare](#): Esta herramienta de aprendizaje individual que cada uno puede usar a su propio ritmo cubre los servicios cubiertos por Medicare que ayudan a las personas con Medicare a vivir vidas más largas y sanas, y explica por qué los servicios preventivos son importantes y quiénes son elegibles. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

- _____
- _____
- _____

Parte B: Lo que paga en 2017



Parte B
Seguro Médico

- **Prima mensual:** la prima estándar es de \$134 (o más según sus ingresos, consulte la siguiente diapositiva).
 - Prima promedio: \$109 (la mayoría de las personas pagan esto debido a que la prima de la Parte B aumentó más del aumento del costo de vida para los beneficios del Seguro Social de 2017).
- **Deductible anual:** \$183
- **Coseguro:** 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.

Julio de 2017

Medicare 101

25

Parte B: Lo que paga en 2017



Trace una línea desde el importe en dólares a la izquierda (1 a 4) hasta su descripción en la derecha (a-d). Consulte las respuestas en el Anexo C.

- | | |
|----------|--|
| 1. \$0 | a. Prima de la Parte B estándar para 2017 |
| 2. \$109 | b. Prima mensual de la Parte B para la mayoría de las personas en 2017 |
| 3. \$134 | c. Deducible anual para la Parte B |
| 4. \$183 | d. Coseguro para algunos servicios preventivos |

Prima mensual. Debe pagar una prima por la Parte B cada mes. La prima estándar de la Parte B en 2017 es de \$134 (o más según sus ingresos, como se analiza en la siguiente página). Sin embargo, la mayoría de las personas que obtienen beneficios del Seguro Social pagarán menos de este monto. Esto se debe a que la prima de la Parte B aumentó más del aumento del costo de vida para los beneficios del Seguro Social de 2017. Si paga su prima de la Parte B a través de su beneficio del Seguro Social mensual, pagará menos (\$109 en promedio). El Seguro Social le informará el monto exacto que deberá pagar por la Parte B.

Deductible anual. Existe un deducible anual de \$183 que paga antes de que comience a pagar la Parte B.

Coseguro. Usted paga un coseguro de 20% para la mayoría de los servicios cubiertos, por ejemplo, servicios de los médicos y determinados servicios preventivos, si el proveedor acepta la asignación. Usted paga \$0 por algunos servicios preventivos, y paga un coseguro del 20% para servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, y copagos para servicios ambulatorios en hospitales.

Notas

- _____
- _____

[Diapositiva 26]

Prima estándar mensual de la Parte B: monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso para 2017			
La tabla se basa en su ingreso anual durante 2015 (para lo que paga en 2017)			
Presentar una declaración de impuestos individual.	Presentar una declaración de impuestos conjunta.	Presentar una declaración de impuestos conyugal y separada.	En 2017 Usted paga
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	\$85,000 o menos	\$134.00
\$85,000.01–\$107,000	\$170,000.01–\$214,000	No corresponde	\$187.50
\$107,000.01–\$160,000	\$214,000.01–\$320,000	No corresponde	\$267.90
\$160,000.01–\$214,000	\$320,000.01–\$428,000	más de \$85,00 y hasta \$129,000	\$348.30
más de \$214,000	más de \$428,000	más de \$129,000	\$428.60

NOTA: Es posible que pague más si se le aplica una penalización por inscripción tardía a la Parte B.

Julio de 2017

Medicare 101

28

Prima estándar mensual de la Parte B: cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso para 2017

A partir de 2007, las personas con Medicare con ingresos más altos pagan primas mensuales más altas de la Parte B de Medicare. Estas tarifas de las primas mensuales relacionadas con los ingresos afectan aproximadamente el 5% de las personas con Medicare. Las primas de la Parte B de Medicare totales para las personas con ingresos más altos para 2017 se presentan en la tabla anterior.

Primas relacionadas con los ingresos Primas de la Parte B.

- \$85,000 o menos, que hayan presentado una declaración de impuestos individual, hayan presentado una declaración de impuestos conjunta con un ingreso anual de \$170,000 o menos, o que hayan presentado declaraciones de impuestos separadas con su cónyuge, la prima de la Parte B es de \$134.00 por mes;
- \$85,000.01–\$107,000, que hayan presentado una declaración de impuestos individual, hayan presentado una declaración de impuestos conjunta con un ingreso anual de \$170,000 a \$214,000, o que hayan presentado declaraciones de impuestos separadas con su cónyuge, la prima de la Parte B es de \$187.50 por mes;
- \$107,000.01–\$160,000, que hayan presentado una declaración de impuestos individual, hayan presentado una declaración de impuestos conjunta con un ingreso anual de \$214,000 a \$320,000, o que hayan presentado declaraciones de impuestos separadas con su cónyuge, la prima de la Parte B es de \$267.90 por mes;
- \$160,000.01–\$214,000, que hayan presentado una declaración de impuestos individual, hayan presentado una declaración de impuestos conjunta con un ingreso de \$320,000 a \$428,000, o que hayan presentado declaraciones de impuestos separadas con su cónyuge de más de \$85,000 y hasta \$129,000, la prima de la Parte B es de \$348.30 por mes.

- más de \$214,000, que hayan presentado una declaración de impuestos individual, hayan presentado una declaración de impuestos conjunta con un ingreso \$428,000 o más, o que hayan presentado declaraciones de impuestos separadas con su cónyuge de más de \$129,000, la prima de la Parte B es de \$428.60 por mes.

A quién llamar si cree que su prima de la Parte B es demasiado alta. 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. TTY: 1-800-325-0778.

Notas

- _____
- _____
- _____



Pago de la prima de la Parte B



- Deducida mensualmente de
 - Pagos de los beneficios del Seguro social;
 - Pagos de los beneficios de retiro ferroviario;
 - Pagos de los beneficios de retiro federal.
- Si no se deducen,
 - Se factura cada 3 meses.
 - El sistema Medicare Easy Pay les permite a las personas deducir automáticamente los pagos de sus primas de Medicare de una cuenta de ahorros o cuenta corriente todos los meses.
 - Contacte a su Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o la Oficina de Administración de Personal sobre las primas.

Julio de 2017

Medicare 101

27

Pago de la prima de la Parte B



Seleccione Verdadero o Falso para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. Los empleados federales retirados deberán llamar al seguro Social para obtener información sobre las primas de la Parte B. (Verdadero o Falso)
2. Medicare envía facturas mensuales a las personas cuyos pagos por retiro no son suficientes para cubrir la prima mensual de la Parte B. (Verdadero o Falso)

Cuándo se deduce de los pagos de beneficios. La prima de la Parte B generalmente se deduce de los pagos mensuales de beneficios del Seguro Social, retiro ferroviario o retiro federal.

Cuándo se factura a la persona. Si usted no recibe un pago por retiro o si sus pagos no son suficientes para cubrir la prima recibirá una factura de Medicare cada 3 meses por su prima de la Parte B. La factura puede pagarse con tarjeta de crédito, cheque o giro postal.

A quién llamar. Para más información sobre las primas de la Parte B de Medicare, llame al Seguro Social, a la Junta de Retiro Ferroviario o a la Oficina de Administración de Personal para los empleados federales retirados.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 28]

Consideraciones de costos de la Parte B

Parte B Seguro Médico

- Las primas pueden variar cada año.
- Puede pagar una multa por inscripción tardía si demora la inscripción
 - 10% por cada período completo de 12 meses en el cual podría haber tenido la Parte B, pero no se inscribió.
 - La multa se aplica mientras tenga la Parte B.
- Si tiene ingresos y recursos limitados, es posible que su estado pueda brindarle ayuda.

Delaying Medicare Part B



July de 2017 Medicare 101 28

Consideraciones de costos de la Parte B



Circule la Respuesta

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Existen varias consideraciones de costos de la Parte B, que incluyen las siguientes:

- **Primas.** Las primas (pueden o no pueden) variar cada año.
- **Multas por inscripción tardía.** En la mayoría de los casos, si no se inscribe para la Parte B cuando es elegible por primera vez, tendrá que pagar una multa por inscripción tardía. En la mayoría de los casos, deberá pagar dicha multa (por 12 meses o mientras tenga la Parte B). Su prima mensual de la Parte B puede aumentar un 10 % por cada período de 12 meses durante el que usted podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Además, es posible que deba esperar hasta el Período de Inscripción general (del 1 de enero al 31 de marzo) para inscribirse en la Parte B. La cobertura comenzará el (1 de abril o 1 de julio) de ese año.
- Si cumple con determinadas condiciones que le permiten inscribirse para la Parte B durante un Período Especial de Inscripción, generalmente no deberá pagar una multa por inscripción tardía.
- **Programas de Ahorros de Medicare.** Si tiene ingresos y recursos limitados, es posible que su estado pueda ayudarle a pagar Medicare. Consulte la siguiente página para obtener información acerca del Programas de Ahorros de Medicare.

Conozca más. Para más información, visite <https://es.medicare.gov/your-medicare-costs/help-paying-costs/medicare-savings-program/medicare-savings-programs.html>.

Notas

- _____
- _____
- _____

Programas de Ahorros de Medicare: Programas estatales para personas con ingresos y recursos limitados	
Programas estatales	Ayuda a pagar los costos de Medicare para personas con ingresos y recursos limitados
Beneficiario Calificado de Medicare* (QMB)	Primas, deducibles, coseguro y copagos de la Parte A y Parte B. Solo primas de la Parte B (sin facturación del saldo).
Beneficiario Medicare de Bajo Ingreso específico (SLMB)	Solo primas de la Parte B.
Individuo Calificado (QI)	Solo primas de la Parte B. Deberá solicitar todos los años los beneficios de QI y las solicitudes se otorgan de acuerdo con el orden de recepción.
Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (QDWI)	Solo primas de la Parte A. Es posible que califique para este programa si tiene una incapacidad y está trabajando.

Julio de 2017

Medicare 101

29

Programas de Ahorros de Medicare

Los estados tienen otros programas que pagan las primas de Medicare y, en algunos casos, también pueden pagar los deducibles y el coseguro de Medicare de personas con ingresos y recursos limitados. Estos programas con frecuencia tienen normas de ingreso y recursos más altos que Medicaid completo. Estos programas se denominan Programas de Ahorros de Medicare en forma conjunta, e incluyen los siguientes:

- **Programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas, los deducibles, coseguro y copagos de la Parte A y Parte B. (La legislación federal prohíbe a los proveedores de Medicare y Medicare Advantage facturar saldos a beneficiarios de QMB en cualquier circunstancia: gastos compartidos de Medicare, incluidos deducibles, coseguro y copagos).
- **Programa para Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos (SLBM):** ayuda a pagar solo las primas de la Parte B.
- **Programa para Individuos Calificados (QI):** ayuda a pagar solo las primas de la Parte B. Deberá solicitar todos los años los beneficios de QI y las solicitudes se otorgan de acuerdo con el orden de recepción.
- **Programa para Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI):** ayuda a pagar solo las primas de la Parte A. Es posible que califique para este programa si tiene una incapacidad y está trabajando. La elegibilidad para estos programas se determina por los niveles de ingreso y recursos. Los montos de ingreso se actualizan todos los años según el nivel de pobreza federal.

Programas Estatales de Asistencia para Seguro Médico. Muchos estados determinan su ingreso y sus recursos de forma distinta, por eso es posible que califique en su estado incluso si su ingreso o sus recursos son más altos que los que se detallan arriba. Si su ingreso es del trabajo, es posible que califique para recibir beneficios incluso si su ingreso es mayor que los límites mencionados. Además, algunos estados ofrecen sus propios programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar los costos de

bolsillo de su cuidado de salud, incluso por medio de Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

Contacte a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) para descubrir qué programas puede tener disponible. Para encontrar la información de contacto de su SHIP local, visite shiptacenter.org.

Conozca más. Para recibir actualizaciones anuales, visite es.medicare.gov/your-medicare-costs/help-paying-costs/medicare-savings-program/medicare-savings-programs.html. Para más información, visite “[Cómo recibir ayuda para sus costos de Medicare](#).”

Módulo 12 del Aula de los CMS: Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños: Esta herramienta de aprendizaje individual que cada uno puede usar a su propio ritmo cubre información para personas con ingresos y recursos limitados, incluidos Medicaid, programas de Ahorros Medicare, Programa de Seguro Médico para Niños y cobertura en los territorios de los EE. UU. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 30]



Compruebe sus conocimientos: Cobertura de Medicare Original



Parte A
Seguro de Hospital



Parte B
Seguro Médico

¿Está cubierto por la Parte A o la Parte B?

Julio de 2017

Medicare 101

30

Compruebe sus conocimientos: Cobertura de Medicare Original

En las próximas actividades, identifique si un artículo o servicio está cubierto en virtud de Medicare Parte A o Parte B.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 31]

N.º 1: ¿Parte A o Parte B?

Cuidado médico necesario por razones médicas



Medicare 101 31

Compruebe sus conocimientos N.º 1: ¿Parte A o Parte B?



*Lea el enunciado a continuación y complete con Parte A o Parte B.
Consulte las respuestas en el Anexo C.*

Medicare Parte _____ cubre el cuidado médico necesario por razones médicas.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 32]

N.º 2: ¿Parte A o Parte B?



**Estadías en el hospital
como paciente
internado necesarias
por razones médicas**

Compruebe sus conocimientos N.º 2: ¿Parte A o Parte B?



*Lea el enunciado a continuación y complete con Parte A o Parte B.
Consulte las respuestas en el Anexo C.*

La Parte _____ cubre las estadías como paciente internado necesarias por razones médicas.

Notas

- _____
- _____
- _____

CMS
NTP
NATIONAL

N.º 3: ¿Parte A o Parte B?

A photograph of a doctor wearing green scrubs and a stethoscope around their neck. They are holding a small black chalkboard with a wooden frame. The word "COLONOSCOPY" is written in white chalk on the board. The doctor's hands are visible, holding the board in front of them.

Julio de 2017

Identificación 101

33

Compruebe sus conocimientos N.º 3: ¿Parte A o Parte B?



Lea el enunciado a continuación y complete con Parte A o Parte B. Consulte las respuestas en el Anexo C.

La Parte _____ cubre varios servicios preventivos, que incluyen colonoscopías.

Notas

- _____
- _____
- _____



Compruebe sus conocimientos N.º 4: ¿Parte A o Parte B?



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

La acupuntura (está o no está) cubierta por Medicare.

Medicare no cubre todo. Por ejemplo, Medicare Original no cubre servicios dentales de rutina, audífonos ni cirugía cosmética.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 35]

Existen 5 niveles de apelación y un proceso diferente para las Partes A y B, la Parte C, y la Parte D. Consulte la tabla de tamaño completo en su cuadernillo de trabajo.

2017 Comparison of the Parts A, B, C, and D Appeal Processes

Medicare Appeals FOR MEDICARE REIMBURSEMENT

Medicare You

A request for a health care service, supply, item, or

Julio de 2017

Medicare 101

35

Proceso de apelaciones de Medicare Original

¿Recibió alguna vez una declaración de Medicare o su plan médico y no recibió cobertura por algo que pensaba que estaría cubierto? ¿O quizás, Medicare o su plan no pagaban la cantidad que usted pensaba que deberían pagar? Si es así, puede presentar una apelación.

¿Qué es una apelación? Una apelación es la acción que puede tomar si no está de acuerdo con la cobertura o decisión de pago que tomó Medicare.

¿Cuándo tiene derecho a apelar? Sin importar cómo recibe su cobertura de Medicare, siempre tiene derecho a apelar. Tiene derecho a apelar si Medicare o su plan rechaza alguna de las siguientes coberturas:

- Solicitud de un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento recetado que usted cree que debería recibir, o
- Solicitud de pago de un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento recetado que ya recibió.

También puede apelar o solicitar un cambio del monto que debe pagar por un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento recetado. Puede apelar si Medicare o su plan deja de brindar o de pagar todo o parte de los servicios de atención médica, suministros, artículos o medicamentos recetados que considera que aún necesita.

¿Cómo presenta una apelación? Existe un proceso cuando desea presentar una apelación y tiene 5 niveles. En cada nivel del proceso, recibirá una decisión. Si no está de acuerdo con una decisión tomada en cualquier nivel del proceso, generalmente puede dirigirse al siguiente nivel siguiendo las instrucciones que reciba en la carta de la decisión.

Conozca más. Para más información, consulte “Comparación 2017 de los Procesos de Apelación de las Partes A, B, C y D” en el Anexo D.

[Módulo 2 del Aula de los CMS: Derechos y Protección de Medicare](#): Esta herramienta de aprendizaje individual que cada uno puede utilizar a su propio ritmo cubre los derechos de los beneficiarios. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

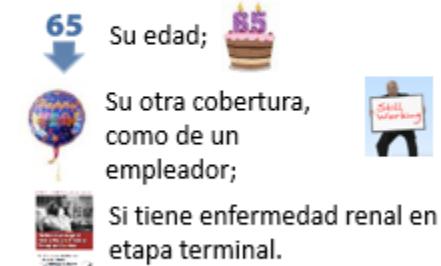
- _____
- _____
- _____

**NTP
NATIONAL TRAINING PROGRAM** **¿Cómo y cuándo puede inscribirse en Medicare?**

Las reglas y decisiones de inscripción en Medicare varían según

- Si recibe
- Seguro por Incapacidad del Seguro Social;
 - Beneficios de jubilación del Seguro Social; o
 - Beneficios de Retiro Ferroviario.

Julio de 2017



Medicare 101

30

Inscripción en Medicare



Cierto o Falso

Seleccione Verdadero o Falso para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. Las reglas y decisiones de inscripción en Medicare varían según su edad. (Verdadero o Falso)
2. Las reglas y decisiones de inscripción en Medicare varían según sexo. (Verdadero o Falso)
3. Si recibe beneficios de Seguro Social o Retiro Ferroviario, esto puede afectar las reglas y decisiones de inscripción en Medicare. (Verdadero o Falso)

Las reglas y decisiones de inscripción en Medicare varían según su edad, otra cobertura (como de un empleador), si tiene enfermedad renal en etapa terminal y si está recibiendo beneficios de Seguro Social o Retiro Ferroviario.

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP
NATIONAL**

¿Por qué es importante inscribirse a tiempo?

Si no se inscribe a tiempo...

 Los costos podrían ser más altos (multas por inscripción tardía (LEP) o pagar más por Medigap).

 La cobertura podría verse afectada, como tener una interrupción en la cobertura o un período de espera para una condición preexistente (Medigap).

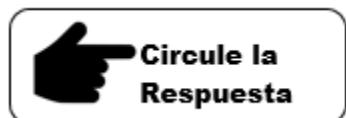
 Es posible que no pueda comprar una póliza de Medigap o que deba pagar más.

Prima
La multa por LEP de la Parte A es el doble de la cantidad de años que podría haber tenido la Parte A pero no se inscribió.

Las LEP de la Parte B y Parte D duran de por vida.

Julio de 2017 Medicare 101 37

¿Por qué es importante inscribirse a tiempo?



Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Si no se inscribe a tiempo,

- es posible que deba pagar (más o menos) para obtener cobertura (las multas por inscripción tardía para las primas de la Parte A, Parte B, y Parte D). Las primas para la Parte B y Parte D pueden durar mientras tenga la Parte B o Parte D. Si usted no es elegible para la Parte A gratis y no la adquiere cuando es elegible por primera vez, su prima mensual puede aumentar hasta (5% o 10%). Deberá pagar la prima más alta por el doble de la cantidad de (años o meses) que podría haber tenido la Parte A pero no se inscribió.
- De lo contrario, puede tener una interrupción en la cobertura.
- Es posible que no pueda comprar una póliza de Medigap, que deba pagar más o que tenga una demora en la cobertura para una condición preexistente.

Notas

- _____
- _____
- _____

CMS NTP Inscripción en Medicare: cuando es automática

- 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 los 65 a
 - Al 25vo mes de los beneficios por incapacidad.
 - Incluye su tarjeta Medicare
 - Si no desea la Parte B, siga las instrucciones en el dorso y envíe de vuelta la tarjeta por correo.



Julio de 2017

Medicare 101

38

Inscripción en Medicare: cuando es automática

Si ya obtiene los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) (por ejemplo, obtención de retiro anticipado, 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 de 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 25vo mes de beneficios por incapacidad (la cobertura comienza en el 25vo mes de beneficios por incapacidad).

Si no desea la Parte B, siga las instrucciones en el dorso y envíe de vuelta la tarjeta por correo.

Si aún no es beneficiario del Seguro social o de la RRB, deberá inscribirse para obtener Medicare. Discutiremos los períodos cuando pueda inscribirse más adelante.

Notas

- _____
- _____
- _____

Deberá tomar acción para inscribirse en Medicare cuando no sea automática



- Si no está automáticamente inscrito en la Parte A y Parte B (por ejemplo, no recibe Beneficios de Seguro Social o Retiro Ferroviario),
 - Deberá inscribirse con el Seguro Social.
 - Visite [socialsecurity.gov](#); o
 - Llame al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778), o
 - Programe una cita para visitar su oficina local
 - Si es jubilado ferroviario, inscríbase con la RRB.
 - Llame a su oficina local de la RRB o al 1-877-772-5772

Julio de 2017

Medicare 101

33

Deberá tomar acción para inscribirse en Medicare cuando no sea automática



Donde haya texto subrayado, marque con un círculo el número correcto. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Cuándo inscribirse. Si no recibe beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) al menos (4 o 6) meses antes de cumplir (50 o 65) años (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. Debe comunicarse con el Seguro Social para solicitar Medicare (2 o 3) meses antes de cumplir 65 años. Si trabajó para un ferrocarril, contáctese con la RRB para inscribirse. No tiene que estar jubilado para obtener Medicare.

Edad a la que están disponibles los beneficios del Seguro Social completos. 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. Si usted nació entre 1943 y 1960, la edad a la que los beneficios de retiro completos son pagaderos aumenta gradualmente a los (67 o 70) años. Puede calcular su edad para reunir todos los beneficios de retiro del Seguro Social en ssa.gov/retirement/ageincrease.htm.

Edad a la que están disponibles en forma parcial los beneficios del Seguro Social. Las personas que se inscriben temprano en el Seguro Social reciben beneficios parciales de retiro. Lo antes posible que una persona puede comenzar a recibir los beneficios por retiro reducidos del Seguro Social sigue siendo a los (60 o 62) años. Para el año 2025, la edad de retiro completo será (65 o 67) años.

Dónde inscribirse. Puede inscribirse en línea en socialsecurity.gov, o llame al 1-800-722-1213, TTY: 1-800-325-0778, o programe una cita en su oficina de Seguro Social. Para encontrar su oficina local, visite secure.ssa.gov/ICON/main.jsp.

Conozca más. Para obtener más información, visite socialsecurity.gov/pubs/EN-05-10035.pdf.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 40]

The diagram illustrates the four periods of enrollment in Medicare:

- Initial
- Abierta (Open)
- General
- Especial (Special)

A central box labeled "Períodos de inscripción" (Enrollment Periods) connects the four categories.

Video content from "Medicare Enrollment Peri..." titled "Medicare You". Subtitle: "First, there's the Initial Enrollment Period."

Períodos de inscripción en Medicare

Existen distintos momentos en los que puede inscribirse en Medicare o cambiar cómo recibe su cobertura:

- Período de Inscripción Inicial
- Período de Inscripción Abierta
- Período de Inscripción General
- Período Especial de Inscripción

Notas

-
-
-

[Diapositiva 41]



Durante su IEP puede inscribirse/unirse a

- ✓ Parte A
- ✓ Parte B
- ✓ Parte C (si tiene la Parte A y Parte B)
- ✓ Parte D (si tiene la Parte A y/o Parte B)
- ✓ póliza de Medigap (si tiene la Parte A y Parte B)

Sin multas
por
inscripción

Julio de 2017

Medicare 101

41

Período de Inscripción Inicial (IEP) en Medicare



Trace una línea desde cada ejemplo (1-3) hasta su descripción (a-c) para indicar cuándo debería comenzar su cobertura. Consulte las respuestas en el Anexo C.

- | | |
|---|---|
| 1. Puede inscribirse en el mes en que cumple 65 | a. La cobertura comienza de 2 a 3 meses después de que usted cumple 65. |
| 2. Usted se inscribe durante 3 meses después de que cumple 65. | b. La cobertura comienza el primer día del mes que usted cumple 65. |
| 3. Usted se inscribe durante los 3 meses antes del mes que usted cumple 65. | c. La cobertura comienza el primer día del mes siguiente. |

Su primera oportunidad para inscribirse en Medicare es durante su Período de Inscripción Inicial (IEP), que dura 7 meses. La cobertura comenzará según cuándo se inscriba.

- Si se inscribe durante los primeros 3 meses del IEP (los 3 meses antes del mes en que cumple 65 años), la cobertura comenzará el primer día del mes en que cumplía 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.

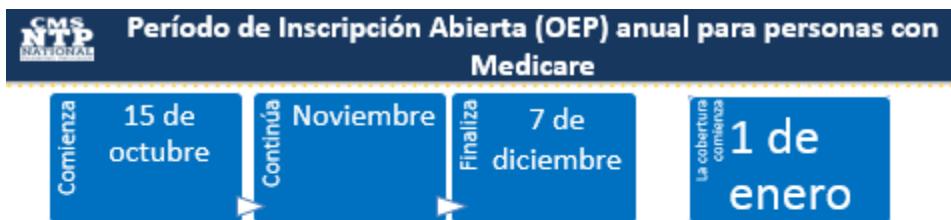
Si no se inscribe en la Parte B (o Parte A con prima) durante el IEP, es posible que deba pagar una multa. Para la Parte B, es una multa de por vida.

Inscripción en 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, solo podrá inscribirse a ella durante el IEP o durante los períodos de inscripción limitados para la Parte B.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 42]



Período de cada año durante el cual puede inscribirse, cambiarse o abandonar su

- ✓ Plan de la Parte C
- ✓ Plan de la Parte D

**Sin multas por inscripción tardía
debido a que debe estar inscrito
anteriormente en Medicare.**

Ese es el momento para revisar las opciones de su plan de salud y medicamentos

Julio de 2017

Medicare 101

42

Período de Inscripción Abierta (OEP) anual para personas con Medicare

Propósito del OEP. Si ya tiene Medicare, el Período de Inscripción Abierta (OEP) anual le permite revisar sus opciones y elegir el plan de salud y medicamentos que se adapte mejor a sus necesidades.

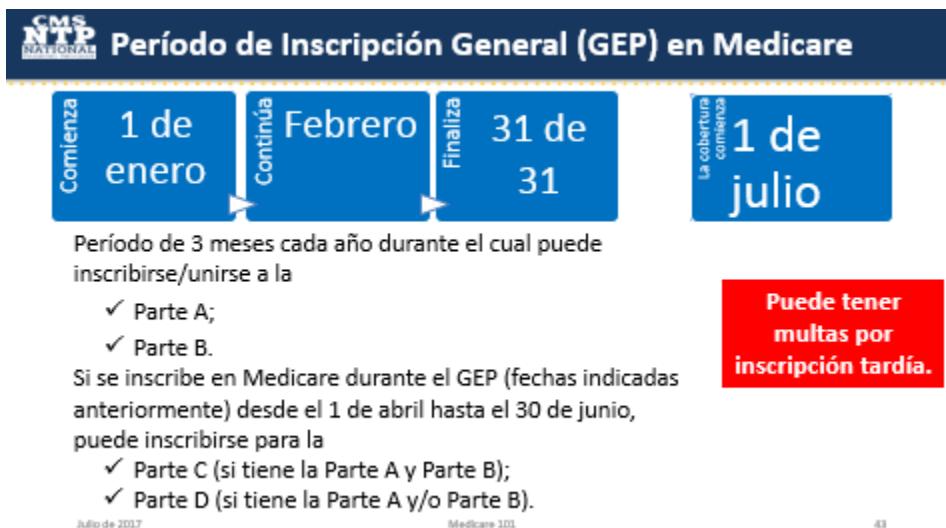
La inscripción comienza el 15 de octubre. La inscripción abierta comienza el 15 de octubre y finaliza el 7 de diciembre. Esto le da 7 semanas para comparar y tomar decisiones.

La cobertura comienza el 1 de enero. El período de inscripción de 7 semanas le ayuda a asegurarse de que tendrá los materiales del plan esenciales y las tarjetas de afiliado en la mano el 1 de enero, cuando comience su nueva cobertura.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 43]



Período de Inscripción General (GEP) en Medicare

Propósito del GEP. Si no se inscribió para la Parte B (o Parte A con prima) durante el Período de Inscripción Inicial (IEP), puede inscribirse durante el (GEP). Para la mayoría de las personas que no se inscriben durante su IEP, esta es su única oportunidad para inscribirse.

La Inscripción comienza el 1 de enero. El GEP ocurre todos los años. Comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de marzo.

La cobertura comienza el 1 de julio. Si se inscribe en el GEP, la cobertura comenzará el 1 de julio. Es una exigencia legal.

Multas por inscripción tardía (Parte B). Si pasan más de 12 meses desde que cumplió 65 años, es probable que deba pagar una multa de por vida que se agregaría a la prima mensual de la Parte B. En la mayoría de los casos, deberá pagar dicha multa mientras tenga la Parte B.

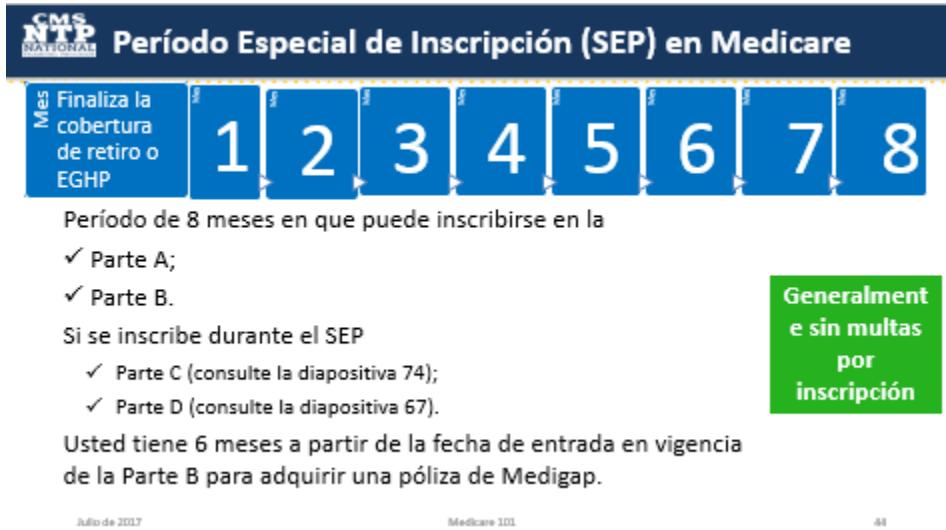
Multas por inscripción tardía (Parte A). Si usted no es elegible para la Parte A gratis y no la adquiere cuando es elegible por primera vez, su prima mensual puede aumentar hasta 10%. Deberá pagar la prima más alta por el doble de la cantidad de años que podría haber tenido la Parte A pero no se inscribió. Esto significa que sus primas mensuales serán más altas que si se inscribe durante su IEP. Cuanto mayor sea el tiempo que esté sin la cobertura, mayor será la multa.

Si se inscribe en Medicare durante un GEP (Parte A/Parte B), puede inscribirse en un plan de la Parte C (si tiene la Parte A y la Parte B), o un plan de la Parte D (si usted tiene la Parte A y/o la Parte B). El período en el que puede inscribirse a un plan de la Parte C o Parte D se extiende desde el 1 de abril al 30 de junio.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 44]



Período Especial de Inscripción (SEP) en Medicare

Propósito del SEP. Si usted o su cónyuge aún trabajan y no se inscribieron para la Parte B (o Parte A con prima) durante su Período de Inscripción Inicial (IEP), pueden inscribirse durante el SEP. Un SEP le permite inscribirse después del IEP y no esperar hasta el Período de Inscripción General (GEP). Si usted es elegible, no deberá pagar una multa, aunque este SEP es limitado.

Quién es elegible para inscribirse durante un SEP. Para ser elegible, deberá tener cobertura del plan de salud grupal, basada en empleo activo, actual para todos los meses en los que fue elegible para inscribirse en la Parte B, pero no lo hizo. Si tiene 65 años o más, deberá recibir esta cobertura subsidiada por el empleador sobre la base de 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 asuntos de los veteranos no se consideran empleo actual y activo.

Cuándo comienza el SEP (Parte A y/o B). Usted tiene un SEP de 8 meses para inscribirse para la Parte A y/o Parte B que comienza en uno de los siguientes momentos (lo que suceda primero):

- El mes después de que finalice su empleo.
- El mes después de que finalice el seguro del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Consecuencias de la inscripción tardía. 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.

Período de Inscripción Abierta (OEP) para Medigap Si demora la Parte B y la obtiene durante su SEP, comienza su OEP para Medigap. Dura 6 meses.

*COBRA (la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985) es una ley federal que le permite mantener su cobertura del plan de salud grupal del empleador durante un plazo limitado una vez que finaliza su empleo o después de que usted pierda de otra manera su cobertura. Puede obtener más información sobre COBRA <https://es.medicare.gov/supplement-other-insurance/how-medicare-works-with-other-insurance/who-pays-first/cobra-7-facts.html>

Notas

- _____
- _____
- _____



Compruebe sus conocimientos: Períodos de inscripción



Su amigo le informa que está esperando el Período de Inscripción Abierta para inscribirse para la Parte B, ya que dejó pasar su Período de Inscripción Inicial. ¿Qué le dice?

1. Deberás esperar hasta el próximo Período de Inscripción General.
2. Ese es un excelente plan.

Julio de 2017

Medicare 101

45

Compruebe sus conocimientos: Períodos de inscripción



Pareo

Lea la situación y marque con un círculo la respuesta correcta (a o b) a la pregunta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Situación: Su amigo le informa que está esperando el Período de Inscripción Abierta para inscribirse para la Parte B, ya que dejó pasar su Período de Inscripción Inicial.

¿Qué le dice?

- a. Deberás esperar hasta el próximo Período de Inscripción General.
- b. Ese es un buen plan.

Notas

- _____
- _____
- _____

Inscripción automática basada en incapacidad

Se lo inscribe automáticamente si tiene

65
↓

Menos de 65 años y tiene una incapacidad,

y



Se le ha otorgado el derecho a recibir los beneficios del Seguro por incapacidad del Seguro Social (SSDI) **por 24 meses. Si tiene esclerosis lateral amiotrófica, Medicare comienza el primer mes en que le otorgan el SSDI.**

Julio de 2017

Medicare 101

85

Inscripción automática basada en incapacidad



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o número correctos. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Medicare también cubre 2 grupos adicionales:

- Las personas menores de 65 años con una incapacidad, que han tenido derecho a los beneficios del Seguro por incapacidad del Seguro Social (SSDI) durante **(12 o 24)** meses.
- Las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que cumplen con requisitos de ingresos especiales para Seguro Social. No es necesario que las personas con ESRD sean elegibles para los beneficios del Seguro Social para calificar para Medicare. Sin embargo, si también tienen derecho a recibir beneficios por incapacidad, pueden calificar para ambos programas. El ESRD se analiza más adelante.

Cuándo comienzan los beneficios por incapacidad. En la mayoría de los casos, usted debe tener derecho a los beneficios por incapacidad durante 24 meses antes de que pueda comenzar Medicare. Puesto que existe un período de espera de **(5 o 6)** meses para el SSDI, lo antes que Medicare puede comenzar suele ser el 30mo mes después de adquirir la incapacidad. Sin embargo, hay 2 excepciones:

- El período de espera de 5 meses para beneficios en efectivo no se aplica a personas que recibieron beneficios por incapacidad en la niñez o a ciertas personas que tenían derecho con anterioridad a los beneficios por incapacidad (en los últimos **(5 o 10)** años).
- El período de espera de 24 meses de Medicare no se aplica a personas incapacitadas con esclerosis lateral amiotrófica (ALS, también conocida como enfermedad de Lou Gehrig). Las personas con ALS obtienen Medicare **(primer o tercer)** mes en que tienen derecho a los beneficios por incapacidad.

[**Módulo 13 del Aula de los CMS: Medicare para personas con una incapacidad**](#): Esta herramienta de aprendizaje individual, que cada uno puede usar a su propio ritmo, cubre la elegibilidad para los programas del Seguro Social, la elegibilidad e inscripción en Medicare, las opciones de los planes Medicare, las pólizas de Medigap, Medicaid, ayuda para pagar los costos para el cuidado de salud, y las fuentes de información adicional. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

- _____
- _____
- _____

**Inscripción a Medicare basada
enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)**

para inscribirse
en la **Parte A y
Parte B** debido a
que padece
enfermedad renal
en etapa terminal
(ESRD).

Solicite al médico/centro
de diálisis que **complete**
el **Formulario CMS-2728**

Después, inscríbase en
la oficina local del
Seguro Social.



Año de 2017

Medicare 101

87

Inscripción en Medicare basada enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Cómo inscribirse. Puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare por ESRD en la oficina local del Seguro Social. El Seguro Social necesitará que su médico o el centro de diálisis completen el formulario CMS-2728 para constatar que usted padece ESRD y puede obtener Medicare. Si se envía el formulario CMS-2728 al Seguro Social antes de que usted envíe la solicitud, pueden llamarlo de la oficina para preguntarle si desea completar la solicitud.

Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para pedir una cita para inscribirse en Medicare por ESRD. TTY: 1-800-325-0778.

Período de coordinación de 30 meses. Independientemente de la cantidad de empleados y si la cobertura se basa en la condición de empleo actual, Medicare es el pagador secundario de los beneficios durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare (conocido como el período de coordinación de 30 meses) de las personas con ESRD que tienen la cobertura del plan de salud grupal (GHP) del empleador o sindicato.

Si la cobertura del GHP paga la mayoría de los costos de atención médica (por ejemplo, si no tiene un deducible anual), puede que desee demorar la inscripción en la Parte A y la Parte B hasta más cerca del final del período de coordinación de 30 meses. Si demora la inscripción, no tendrá que pagar la prima de la Parte B por la cobertura que aún no necesita. Después del período de coordinación de 30 meses, deberá inscribirse en la Parte A y la Parte B.

Si pronto recibirá un trasplante de riñón. Infórmese sobre la elegibilidad y la inscripción antes de decidir demorar la inscripción, ya que los períodos de elegibilidad y de inscripción son más cortos para los receptores de trasplantes.

[Módulo 6 del Aula de los CMS: Medicare para personas con ESRD](#): Esta herramienta de aprendizaje individual, que cada uno puede utilizar a su propio ritmo, cubre la información para los beneficiarios que tienen Medicare por una incapacidad o enfermedad renal. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

- _____
- _____
- _____



Medicare y enfermedad renal en etapa terminal (ESRD): Opciones de cobertura de Medicare

Por lo general, si tiene ESRD y es nuevo en Medicare, lo más probable es que reciba atención médica a través de Medicare Original. También puede tener la opción de inscribirse en un Plan de necesidades especiales de Medicare, si hay uno disponible en su zona para personas con ESRD. Hay apenas pocas excepciones que le permiten a una persona con ESRD inscribirse en un Plan Medicare Advantage, como una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o una Organización de Proveedor Preferido (PPO). Un ejemplo es si su Plan de salud grupal de empleador actual tiene una opción de Medicare en su área.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 49]

**CMS
NTP
NATIONAL**

Cuándo comienza la cobertura para las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Para la mayoría de las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), la cobertura de Medicare comienza...



Día 1 del 4to mes de diálisis

Si está cubierto por un plan de salud grupal de empleador, es posible que éste pague los primeros 3 meses de diálisis.

Julio de 2017

Para algunas personas con ESRD, si reciben un trasplante renal o cumplen con determinadas condiciones específicas de diálisis en el hogar, la cobertura de Medicare comienza...



Inmediatamente o el Día 1 del 1er mes de diálisis

Medicare 101

82

Cuándo comienza la cobertura para las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Cuando se inscribe en Medicare por ESRD y se está realizando un tratamiento de diálisis regular, la cobertura de Medicare normalmente empieza el (primer o último) día del (primer o cuarto) mes de sus tratamientos de diálisis. Este período de espera comenzará aunque no se haya registrado en Medicare. Por ejemplo, si no se registra hasta luego de haber reunido todos los requisitos, su cobertura puede empezar hasta (6 o 12) meses antes del mes en que envió la solicitud.

Si está cubierto por un plan de salud grupal de empleador, es posible que su cobertura de Medicare comience el cuarto mes de sus tratamientos de diálisis. Su plan grupal de empleador puede pagar los primeros (3 o 6) meses de diálisis.

Si cumple con todas estas condiciones, la cobertura de Medicare puede comenzar el (primer o segundo) mes de diálisis:

- Participa de un programa de capacitación sobre diálisis en el hogar ofrecido por un centro de capacitación certificado por Medicare para enseñarle a administrarse el tratamiento de diálisis en el hogar.
- Su médico espera que usted termine la capacitación y sea capaz de administrarse el tratamiento de diálisis.
- El tratamiento de diálisis regular se mantiene durante todo el período de espera que se aplicaría de otro modo.

Si recibirá un trasplante de riñón, la cobertura de Medicare puede comenzar el mes en que lo admitan a un hospital certificado para Medicare para un trasplante de riñón (o para los servicios de atención de

salud que necesite antes de recibir el trasplante) si su trasplante se realiza en ese mismo mes o en el término de los **(2 o 4)** meses siguientes.

Notas

- _____
- _____
- _____

Lección 2: Opciones de cobertura de Medicare

[Diapositiva 50]

The slide is titled "Lección 2: Opciones de cobertura de Medicare". It features the CMS NTP National Training Program logo. On the left, there's a list of topics: "Medicare Original (Parte A y Parte B)" with sub-points for Medigap and Part D coverage; and "Planes Medicare Advantage (Parte C)". On the right, there's a video player showing a woman speaking about Medicare choices, with the text "you may have to pay more or pay all of the costs." at the bottom.

- **Medicare Original (Parte A y Parte B)**
 - Cobertura del Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)
 - Cobertura de Medicare para Medicamentos Recetados (Parte D)
- **Planes Medicare Advantage (Parte C)**

La Lección 2 “Opciones de cobertura de Medicare” cubre información sobre cómo las personas pueden elegir recibir su Medicare, incluidas Medicare Original, las pólizas del Seguro Suplementario de Medicare (Medigap), la cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D) y los Planes Medicare Advantage (Parte C).

Notas

- _____
- _____
- _____



Sus 2 opciones principales de cobertura de Medicare



Trace una línea desde cada ejemplo (1-3) hasta su descripción (a-c). Consulte las respuestas en el Anexo C.

- | | |
|---|--|
| 1. Plan Medicare Advantage
2. Medicare Original
3. Seguro Suplementario de Medicare | a. Parte A + Parte B
b. También denominado Parte C
c. También denominado Medigap |
|---|--|

Hay 2 formas principales de obtener su cobertura de Medicare: Medicare Original o los Planes Medicare Advantage (MA) Puede elegir de qué manera conseguir la cobertura.

- Medicare Original incluye la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). Puede comprar una póliza de Medigap para obtener ayuda para pagar algunos costos no cubiertos por Medicare Original. También puede elegir comprar una cobertura de Medicare para medicamentos recetados (Parte D) a un Plan de Medicare para medicamentos recetados (PDP).
- Los planes MA (Parte C), como una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o una Organización de Proveedores Preferidos (PPO), cubren los servicios y suministros de las Partes A y B. También pueden incluir la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. También puede agregar un PDP de Medicare a un Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare (si no brinda cobertura de la Parte D) y puede agregarlo a un Plan de Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA). No puede agregar un plan de la Parte D a un plan de HMO o PPO de Medicare sin cobertura de medicamentos. Las pólizas de Medigap no funcionan con estos planes. Si se inscribe en un plan MA, no puede usar una Póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) para pagar los gastos directos de su bolsillo mientras esté inscrito en un Plan MA.

Además de estas 2 opciones principales, 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.

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP
NACIONAL**

Medicare Original



- Medicare Original es la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico).
- Medicare brinda cobertura.
- Puede elegir entre los médicos, hospitales y otros proveedores que acepten nuevos pacientes de Medicare.
- Los costos varían según la decisión de aceptar o no la **asignación**, un acuerdo de su médico o proveedor para recibir el pago directamente de Medicare, aceptar recibir el monto aprobado por Medicare como pago por los servicios cubiertos y no facturarle a usted otra cosa que no sea el deducible o coseguro de Medicare.

Julio de 2017 Medicare 101 52

Medicare Original



Elija de las opciones de respuestas. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Opciones de respuesta: A, B, D, Medigap

Qué es. En Medicare Original se incluyen la Parte _____ (Seguro de Hospital) y la Parte _____ (Seguro Médico). Puede optar por comprar una póliza _____ (debe tener tanto la Parte A como la Parte B) para cubrir algunos costos que no están cubiertos en Medicare Original. También puede elegir comprar una cobertura de Medicare para medicamentos recetados (Parte _____) a un Plan de Medicare para Medicamentos Recetados (PDP). Para comprar un PDP puede tener solo la Parte A, solo la Parte B o ambas.

Lo que cubre. Puede asistir a cualquier médico, otro proveedor de atención médica, hospital u otro centro que esté inscrito en Medicare y acepte nuevos pacientes de Medicare. Los costos varían según la decisión de aceptar o no la asignación.

Asignación: Es cuando su médico o proveedor acuerdan recibir el pago directamente de Medicare, aceptan recibir la cantidad aprobada por Medicare como pago por los servicios cubiertos y acuerdan no facturarle a usted otra cosa que no sea el deducible o coseguro de Medicare.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Dispositiva 53]

**CMS
NHC
NIVEL 1** Pólizas del Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)

Parte A Seguro de Hospital Parte B Seguro Médico
Puede agregar:
Parte D Cobertura de Medicare para medicamentos recetados
También puede agregar:
Medigap Seguro Suplementario de Medicare

Julio de 2012 Medicare 101 53

- Medigap es un seguro médico privado que es un suplemento de Medicare Original.
- Debe tener la Parte A y la Parte B.
- Ayuda a pagar algunos costos médicos que Medicare Original no cubre.
- Medicare pagará su parte de los montos aprobados por Medicare por costos médicos cubiertos.
 - Luego su póliza de Medigap pagará su parte.
- Una póliza de Medigap cubre a una sola persona.
- Paga una prima mensual por la póliza de Medigap.
- Usted paga la prima de la Parte B de Medicare.

Pólizas del Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)



Cierto o Falso

Seleccione la respuesta correcta (Verdadero o Falso) para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. Las pólizas de Medigap se adquieren a través de compañías privadas. (Verdadero o Falso)
2. Las pólizas de Medigap pueden cubrir a 2 personas. (Verdadero o Falso)
3. No tendrá que pagar la prima mensual de la Parte B con una póliza de Medigap. (Verdadero o Falso)
4. Deberá tener tanto la Parte A como la Parte B para comprar una póliza de Medigap. (Verdadero o Falso)

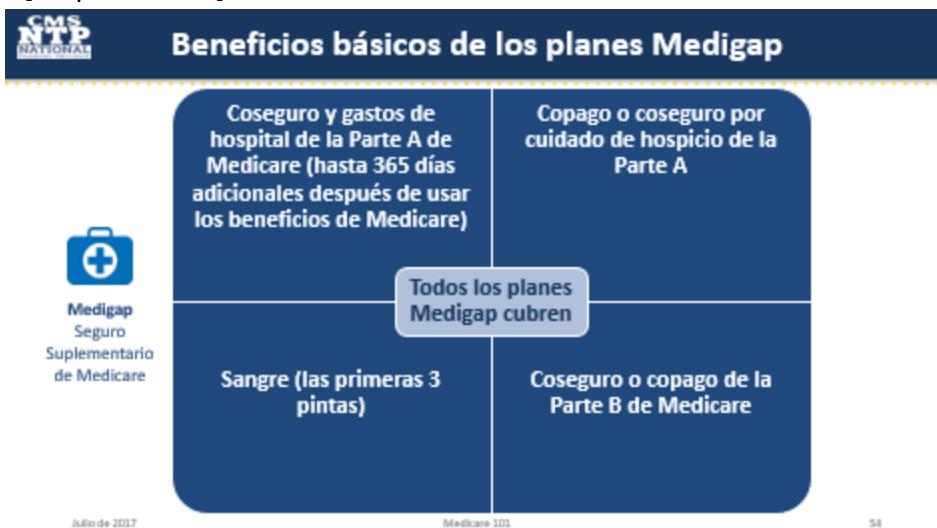
Qué es. Una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (a menudo llamada Medigap) es un seguro médico privado diseñado para ser un suplemento de Medicare Original. Esto significa que ayuda a pagar algunos costos médicos no cubiertos por Medicare Original (como copagos, coseguros y deducibles). Si tiene Medicare Original y una póliza de Medigap, Medicare pagará su parte de los montos aprobados por Medicare de los costos médicos cubiertos. Luego su póliza de Medigap pagará su parte. Deberá tener tanto la Parte A como la Parte B para comprar una póliza de Medigap.

A quién cubre. Las pólizas de Medigap solo cubren a una persona. Si usted y su cónyuge quieren tener cobertura de Medigap necesitarán tener dos pólizas de Medigap separadas.

Lo que paga. Usted sigue pagando la prima mensual por la Parte B, además de la prima mensual por su póliza de Medigap.

Notas

- _____
- _____
- _____



Planes Medigap: beneficios básicos



Seleccione la respuesta correcta (*Verdadero o Falso*) para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. Las distintas compañías de seguro ofrecen distintos beneficios básicos para los planes Medigap estandarizados. (*Verdadero o Falso*)
2. Todos los planes Medigap cubren las primeras 4 pintas de sangre. (*Verdadero o Falso*)

Cada plan Medigap estándar debe ofrecer los mismos beneficios básicos, sin importar qué compañía de seguros lo venda. Estos incluyen los costos de coseguro y hospital de la Parte A de Medicare (hasta 365 días adicionales después de que se usan los beneficios de Medicare), coseguros o copago de la Parte B de Medicare, sangre (primeras 3 pintas), y coseguro o copago del cuidado de hospicio de la Parte A.

Módulo 3 del Aula de los CMS: Medigap: Esta herramienta de aprendizaje individual, que cada uno puede utilizar a su propio ritmo, cubre las pólizas de seguro suplementario que pagan determinados costos para el cuidado de salud del beneficiario que no están cubiertos por Medicare. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

- _____
- _____
- _____

Planes Medigap



Medigap
Seguro
Suplementario
de Medicare

- Los planes estandarizados identificados por una letra (excepto en MA, MN, WI (estados exentos)).
- Todos los planes con la misma letra deben ofrecer los mismos beneficios.
- Las compañías no están obligadas a vender todos los

Planes que se comercializan actualmente	Planes que existen pero que ya no se comercializan
A, B, C, D, F, G, K, L, M y N	E, H, I y J

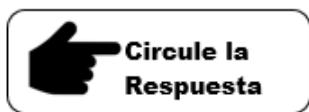
- Para obtener ayuda, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

Julio de 2017

Medicare 101

55

Planes Medigap: diferencias en las pólizas



Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Planes estandarizados. En la mayoría de los estados, las compañías de seguros que ofrecen Medigap solo pueden venderle una póliza de Medigap estandarizada identificada con las letras A, B, C, D, F, G, K, L, M y N. Los planes D y G con fecha de entrada en vigencia del 1 de junio de (2010 o 2015) o posterior tienen beneficios diferentes a los planes D y G comprados antes del 1 de junio de 2010. Los planes E, H, I y J ya no se venden pero, si usted ya tiene uno, en general puede conservarlo. El plan F tiene una opción de deducible alto.

Planes con la misma letra. Los beneficios de los planes Medigap que estén identificados con la misma letra son (iguales o distintos), independientemente de la compañía de seguro a la que le haya comprado la póliza. (Los beneficios cubiertos son o el costo es) generalmente la única diferencia entre los planes Medigap con la misma letra pero vendidas por distintas compañías de seguro. Le recomendamos que sea cuidadoso al comprar su póliza de Medigap.

Planes disponibles. Las compañías de seguro que venden pólizas de Medigap están obligadas a tener el Plan (A o B) disponible. Si ofrecen otro plan Medigap, también deben ofrecer los planes Medigap C o F. Es posible que no todos los tipos de póliza de Medigap estén disponibles en su estado. Llame a su Programa de Asistencia de su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médicod (SHIP) (1-877-839-2675) o visite shiptacenter.org para obtener más información y ubicar al SHIP de su estado.

Planes comprados antes de la estandarización. Es posible que algunas personas aún tengan pólizas que compraron antes de que se estandarizaran los planes. Si es así, (pueden o no pueden) conservarla. Si los dejan, es posible que no puedan comprarlos nuevamente.

Estados exentos. Las pólizas de Medigap están estandarizadas de forma diferente (**Massachusetts, Minnesota, y Wisconsin o Pensilvania, New Hampshire y Oregón**). Estos estados se denominan "estados exentos".

Notas

- _____
- _____
- _____



Costos de Medigap



Elija de las opciones de respuestas. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Opciones de respuesta: edad, compañía, menos, historia clínica, no fumadores, plan F, primas, dónde vive.

Puede haber grandes diferencias en las _____ que cobran las diferentes compañías de seguro por exactamente la misma cobertura. Los costos dependen de su _____ (en algunos estados), _____ (por ejemplo: en un área urbana, rural, o código postal) y la _____ que vende la póliza.

El costo de su póliza de Medigap también puede depender de si la compañía de seguros:

- Ofrece descuentos (como descuentos para mujeres, _____ o personas casadas; descuentos por pagos anuales; descuentos por pagar las primas mediante transferencia electrónica de fondos; o descuentos por múltiples pólizas).
- Utiliza la revisión de la historia clínica** (revisa su _____ para decidir si acepta su solicitud, y agrega un período de espera por una condición preexistente, si la ley de su estado lo permite); **o aplica una prima diferente** cuando no tiene un derecho de emisión garantizado, o si no está en el Período de Inscripción Abierta para Medigap (OEP). Si la compra durante su OEP para Medigap, obtendrá un mejor costo.
- Vende pólizas Medicare SELECT que pueden requerir que usted use ciertos proveedores. Si compra este tipo de póliza de Medigap, su prima puede ser _____.
- _____ ofrece una opción de deducible alto para Medigap.

Notas

- _____
- _____
- _____
- _____



Una representante amable en el teléfono le informa que no puede comprar una póliza de Medigap de su compañía para suplementar Medicare Original que tiene debido a que usted tiene Medicare por una incapacidad y aún no cumplió los 65 años. ¿Tiene razón?

1. No. Medigap está disponible para cualquier persona con Medicare.
2. Depende del estado en el que usted vive.

Julio de 2017

Medicare 101

57

Compruebe sus conocimientos: Pólizas de Medigap

**Circule la
Respuesta**

Lea la situación y marque con un círculo la respuesta correcta (a o b) a la pregunta que le sigue. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Situación: Una representante amable en el teléfono le informa que no puede comprar una póliza de Medigap de su compañía para suplementar Medicare Original que tiene debido a que usted tiene Medicare por una incapacidad y aún no ha cumplido los 65 años.

Preguntas: ¿Tiene razón?

- a. No. Medigap está disponible para cualquier persona con Medicare.
- b. Depende del estado en el que usted vive.

La ley federal no obliga a las compañías de seguro a vender pólizas de Medigap a las personas de menos de 65 años. Si tiene menos de 65 años, es posible que no pueda comprar la póliza de Medigap que quiere, o ninguna póliza de Medigap, hasta que cumpla 65 años. Sin embargo, algunos estados requieren que las compañías de seguros de Medigap le vendan una póliza de Medigap, incluso si tiene menos de 65 años.

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP
Cuándo puede adquirir una póliza de Medigap**

- Su Período de Inscripción Abierta (OEP) de 6 meses comienza cuando usted cumple 65 o más y se inscribe en la Parte B (algunos estados tienen reglas más generosas).
- Puede comprar una póliza de Medigap en cualquier momento en que una compañía acceda a venderle una.

Durante su OEP para Medigap	NO durante su OEP para Medigap
Mejor Momento para Comprar	Puede tener un período de espera por una condición preexistente.
Período de Emisión Garantizada.	Puede costar más.
Las compañías deben venderle cualquier póliza por el mismo precio incluso si usted tiene una condición preexistente.	Las compañías pueden rechazar cobertura.

Medigap Seguro Suplementario de Medicare

Julio de 2017 Medicare 101 58

Cuándo puede adquirir una póliza de Medigap



Circule la Respuesta

Seleccione la respuesta correcta (Verdadero o Falso) para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. El mejor momento para comprar una póliza de Medigap es durante el Período de Inscripción Abierta (OEP). (Verdadero o Falso)
2. Si no compra una póliza de Medigap dentro del período de OEP, las compañías de seguros pueden negar la cobertura debido a sus condiciones médicas. (Verdadero o Falso)
3. Su OEP para Medigap dura 12 meses. (Verdadero o Falso)

Período de Inscripción Abierta para Medigap. El mejor momento para comprar una póliza de Medigap es durante su OEP para Medigap. Este período dura 6 meses y comienza el primer día del mes en el que tenga 65 o más y esté inscrito en la Parte B de Medicare.

Beneficios de comprar durante el OEP para Medigap. Si presenta su solicitud durante su OEP para Medigap, podrá comprar cualquier póliza de Medigap que venda la compañía, incluso si tiene problemas de salud, por el mismo precio que las personas que gozan de buena salud. Si no compra un plan dentro de su OEP de 6 meses, las compañías de seguros pueden negarle cobertura según sus condiciones de salud.

También es importante que comprenda que sus derechos de Medigap pueden depender del momento en que elija inscribirse en la Parte B de Medicare. Si tiene 65 años o más, su OEP para Medigap comienza cuando se inscribe en la Parte B, y no puede cambiarse ni repetir. En la mayoría de los casos, tiene sentido inscribirse en la Parte B y comprar una póliza de Medigap cuando comienza a ser elegible para Medicare porque, de lo contrario, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y es posible que pierda su OEP para Medigap. Sin embargo, hay excepciones si tiene cobertura del empleador.

Cobertura para las condiciones preexistentes. Aunque que la compañía de seguros no puede hacerlo esperar para que comience su cobertura, puede hacerlo esperar en caso de una condición preexistente. Recuerde que, para los

servicios cubiertos por Medicare, Medicare Original aún cubrirá la condición, incluso si la póliza de Medigap no cubre los gastos directos de su bolsillo. Puede comprar una póliza de Medigap en cualquier momento en que una compañía acceda a venderle una.

OEP para Medigap específica del estado. Algunos estados tienen OEP para Medigap adicionales, incluso para personas menores de 65 años.

Notas

- _____
- _____
- _____

CMS
NTP
NATIONAL TRUST FUND

Cobertura de Medicare para medicamentos recetados (Parte D)

Parte A Seguro de Hospital Parte B Seguro Médico

Puede agregar:

Parte D Cobertura de Medicare para medicamentos recetados

También puede agregar:

Medigap Seguro Suplementario de Medicare

Julio de 2013

Medicare 101

Cobertura de Medicare para medicamentos recetados (Parte D)

Si tiene Medicare Original. Si eligió Medicare Original y desea cobertura para medicamentos recetados, deberá elegir y registrarse en un Plan de Medicare para Medicamentos Recetados. Estos planes son administrados por compañías privadas que tienen contrato con Medicare. Generalmente paga una prima mensual.

Si tiene un plan Medicare Advantage (MA). La mayoría de los planes MA cubren los medicamentos recetados. Si su plan no los cubre, es posible que pueda inscribirse en un plan separado para la Parte D.

Si tiene otro tipo de plan de salud de Medicare. Existen otros tipos de planes de salud de 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). Algunos de estos planes ofrecen cobertura para la Parte A y Parte B de Medicare, mientras que otros proporcionan cobertura solo 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.

Para obtener ayuda para elegir un plan de la Parte D, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP). Para encontrar la información de contacto de su SHIP local visite shiptacenter.org.

Módulo 9 del Aula de los CMS: Cobertura de la Parte D de Medicare para Medicamentos Recetados: Esta herramienta de aprendizaje individual, que cada uno puede utilizar a su propio ritmo, brinda información básica sobre la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

- _____
- _____
- _____

CMS NTP NATIONAL

Costos de los Planes Medicare para Medicamentos: lo que paga en 2017



Parte D

Cobertura de Medicare para medicamentos recetados

- **Deductible anual** (si corresponde)
- **Copagos o coseguro**
 - Varía según el plan, farmacia, los medicamentos que le receten.
 - Paga un copago o coseguro regular hasta que usted y su plan de medicamentos hayan gastado una determinada cantidad de dinero en medicamentos cubiertos (\$3,700) y alcanza la brecha de cobertura.
 - Usted paga 40% de los medicamentos de marca cubiertos en la brecha de cobertura.
 - Usted paga 51% de los medicamentos genéricos cubiertos en la brecha de cobertura.
- **Prima del plan mensual**
 - Se aplica la cantidad de ajuste mensual acorde al ingreso (IRMAA) (consulte la siguiente diapositiva).

Julio de 2017 Medicare 101 60

Costos de los Planes Medicare para Medicamentos para 2017

Sus costos de cobertura de medicamentos recetados dependerán del plan que elija y otros factores, como qué medicamentos usa, si va a una farmacia dentro de la red de su plan y si necesita ayuda adicional para pagar sus gastos de medicamentos.

Primas mensuales. La mayoría pagará una prima mensual por la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Contacte a su plan de medicamentos (no al Seguro Social) si desea que su prima se deduzca de su pago de Seguro Social mensual. Su primera deducción en general tomará 3 meses y probablemente le deducirán 3 meses de prima juntos. Luego le deducirán una prima por mes. También es posible que ocurra una demora en las retenciones de las primas si cambia de plan. Si ya no quiere que le deduzcan las primas y prefiere que se las facturen directamente, contacte a su plan de medicamentos.

Deducible, copagos y/o coseguro anuales. Además de una prima mensual, también pagará una parte de sus costos de receta, lo que incluye un deducible (si corresponde), copagos y/o coseguro.

- **Ingreso en la brecha de cobertura.** La brecha de cobertura comienza después de que usted y su plan de medicamentos han gastado cierta cantidad de dinero en medicamentos cubiertos (\$3,700 en 2017). Cuando se encuentra en una brecha de cobertura, usted paga 40% por los medicamentos de marca cubiertos y 51% por los medicamentos genéricos cubiertos.
- **Salida de la brecha de cobertura.** Con cada plan, una vez que haya pagado \$4,950 de su bolsillo por costos de medicamentos en 2017 (incluso pagos de otras fuentes, como el descuento pagado por la compañía de medicamentos en la brecha de cobertura) ya no estará en la brecha y pagará o un pequeño copago por cada medicamento para el resto del año.

Notas

- _____
- _____
- _____

Parte D Cantidad de ajuste mensual acorde al ingreso (Parte D-IRMAA)		
Su ingreso anual en 2015 presentando una declaración de impuestos individual.	Sus ingresos anuales en 2015 presentando una declaración de impuestos conjunta.	En 2017, usted paga por mes
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	La prima de su plan (YPP)
más de \$85,000 hasta \$107,000	más de \$170,000 hasta \$214,000	YPP + \$13.30*
más de \$107,000 hasta \$160,000	más de \$214,000 hasta \$320,000	YPP + \$34.20*
más de \$160,000 hasta \$214,000	más de \$320,000 hasta \$428,000	YPP + \$55.20*
más de \$214,000	más de \$428,000	YPP + \$76.20*

IRMAA se ajusta cada año porque se calcula a partir de la prima anual para beneficiarios base.

Año de 2017

Medicare 101

61

Parte D: Cantidad de ajuste mensual acorde al ingreso (Parte D-IRMAA)



Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Quién paga solo la prima mensual. Solo paga la prima de su plan si su ingreso anual en 2015 fue de (\$85,000 o \$100,000) o menos para una persona, o (\$150,000 o \$170,000) o menos para una pareja.

Quién paga la prima mensual más un importe extra. Si informó un ingreso bruto ajustado modificado de más de \$85,000 (personas solas o casadas que declaran impuestos en forma separada) o \$170,000 (personas casadas que declaran en forma conjunta) en su declaración de impuestos al Servicio de Impuestos Internos (IRS) hace (3 o 2) años (la información de declaración de impuestos más reciente proporcionada al Seguro Social por el IRS), tendrá que pagar un importe extra por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, denominada "IRMAA".

Usted paga este importe extra (además o en lugar) de su prima mensual del plan de Medicare para medicamentos.

Cómo informar cambios de ingresos a Medicare. Si su ingreso se redujo debido a alguna de las siguientes situaciones y el cambio afecta el nivel de ingresos considerado por el Seguro Social, póngase en contacto con ellos para explicar que tiene nueva información y que es posible que deban tomar una nueva decisión con respecto a su (IRMAA o prima del plan de medicamentos):

- si se casa, divorcia o enviuda;
- si usted o su cónyuge dejan de trabajar o reducen sus horas de trabajo;
- si usted o su cónyuge pierden la propiedad que genera ingresos debido a un desastre u otro evento fuera de su control;
- si usted o su cónyuge experimentan un despido programado o inesperado o se reorganiza el plan de pensión del empleador;
- si usted o su cónyuge recibieron la liquidación de un empleador o ex empleador debido al cierre de la organización, la declaración de bancarrota o una reorganización.

Notas

- _____
- _____
- _____



Consideraciones de costos de la Parte D

- Los planes tienen formularios (listas de medicamentos cubiertos).
 - La mayoría incluyen un rango de medicamentos de cada categoría.
 - Incluyen medicamentos genéricos y de marca.
- Puede elegir un plan e inscribirse.
 - Puede pagar una multa de por vida si se inscribe más tarde y no tenía una cobertura acreditable (no más de una brecha de 63 días).
- Los costos varían según el plan.
- Hay ayuda adicional para pagar los costos de la Parte D si tiene ingresos y recursos limitados (consulte la siguiente diapositiva).



Parte D
Cobertura de
Medicare para
medicamentos
recetados

Julio de 2017

Medicare 101

62

Consideraciones de la Parte D de Medicare



Círcule la
Respuesta

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Quién es elegible. Todos los que tengan Medicare pueden obtener cobertura de Medicare para recetas médicas si se inscriben en un Plan de Medicare para medicamentos. Puede obtener esta cobertura con un Plan Medicare Advantage (con cobertura para medicamentos recetados), pero debe tener la Parte **(A o B)** y la **(B o C)**.

Cuál es el costo. Los costos varían según el plan. La mayoría (**pagará o no pagará**) una prima mensual por la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, pagará una parte del costo de sus recetas, incluidos un deducible (si el plan lo tiene), copagos y/o coseguro. Es posible que deba pagar una multa por (**cancelar o inscribirse**) más tarde.

Qué está cubierto. 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. Los planes Medicare para medicamentos (**no deben o deben**) cubrir todos los medicamentos dentro de 6 categorías protegidas, para tratar determinadas condiciones médicas:

1. Medicamentos para tratar el cáncer
2. Tratamientos para el VIH/SIDA
3. Antidepresivos
4. Medicamentos antipsicóticos
5. Tratamientos anticonvulsivos para epilepsia y otras condiciones médicas
6. Inmunosupresores

Además, los planes Medicare para medicamentos (**no cubren o deben cubrir**) todas las vacunas disponibles comercialmente, incluida la vacuna contra el herpes (pero no vacunas ya cubiertas en virtud de la Parte B, como la

vacuna contra la gripe y el neumococo) y la mayoría de los medicamentos compuestos (según se define en el Código de regulaciones federales, Acceso a medicamentos cubiertos de la Parte D, §423.120(d)), ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?SID=7805cf316ca233ff673e2e02b0e6b74&mc=true&node=se42.3.423_1120&rgn=div8. Usted o su proveedor pueden comunicarse con su plan de Medicare para medicamentos, para solicitar más información acerca de la cobertura de vacunas y toda otra información adicional que puedan necesitar.

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 de Medicare para medicinas deben cubrir al menos **(2 medicamentos o 3 medicamentos)** en cada categoría de fármacos, pero los planes pueden elegir qué medicamentos específicos se cubren en cada categoría.

Conozca más. Para más información, visite CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter6.pdf.

Ayuda Adicional. Si tiene ingresos y recursos limitados, es posible que sea elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre cómo solicitar Ayuda Adicional, visite SSA.gov/medicare/prescriptionhelp/.

Notas

- _____
- _____
- _____

¿Qué es la Ayuda Adicional?

CMS NTP

Parte D
Cobertura de Medicare para medicamentos recetados

Un programa para ayudar a las personas a pagar los costos de medicamentos recetados (Parte D) de Medicare.

- También se denomina "Subsidio a los bajos ingresos".
- Si tiene recursos e ingresos muy bajos,
 - No paga primas ni deducibles y tiene copagos pequeños o no los tiene.
- Si tiene recursos e ingresos no tan bajos,
 - Paga un deducible reducido y un poco más de su bolsillo.
- No tiene brechas de cobertura ni multa por inscripción tardía si califica para la ayuda adicional.

Julio de 2017 Medicare 101 63

¿Qué es la Ayuda Adicional?



Seleccione la respuesta correcta (Verdadero o Falso) para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. Las directrices del Nivel de Pobreza Federal (FPL) se usan para determinar los requisitos del nivel de ingreso para las personas que solicitan Ayuda Adicional. (Verdadero o Falso)
2. Todas las personas que califican para recibir Ayuda Adicional no pagan primas, deducibles ni copagos. (Verdadero o Falso)
3. Calificar para recibir Ayuda Adicional puede provocar una brecha de cobertura. (Verdadero o Falso)
4. Los residentes de territorios estadounidenses no son elegibles para recibir Ayuda Adicional. (Verdadero o Falso)

Ayuda Adicional es un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y seguro.

Beneficios de recibir Ayuda Adicional. Si tiene ingresos y recursos muy bajos, no pagará primas ni deducible y sus copagos serán pequeños o no los tendrá. Si tiene ingresos y recursos no tan bajos, tendrá un deducible reducido y pagará un poco más de su bolsillo.

Si califica para recibir ayuda adicional, no tendrá brecha de cobertura ni multas por inscripción tardía. También tendrá un Período Especial de Inscripción Especial continuo y podrá cambiar de plan en cualquier momento. El plan nuevo entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Quién es elegible para recibir Ayuda Adicional. Los residentes de territorios estadounidenses no son elegibles para recibir Ayuda Adicional. Cada uno de los territorios ayuda a sus propios residentes con los costos de medicamentos de Medicare. Esta ayuda es en general para los residentes que califican para tener Medicaid y estén inscritos. Esta asistencia no es la misma que la ayuda adicional.

Conozca más. Consulte la Guía para Correos de Consumidores que se emiten a mediados de mayo y fines de noviembre CMS.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/LimitedIncomeandResources/Downloads/Consumer-Mailings.pdf

Notas

- _____
- _____
- _____

Cómo calificar para recibir Ayuda Adicional

- Usted califica en forma automática para recibir Ayuda Adicional si tiene
 - Cobertura completa de Medicaid;
 - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI);
 - Ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare.



Parte D

Cobertura de
Medicare para
medicamentos
recetados

- Todas las otras personas deben iniciar una solicitud
 - En línea en socialsecurity.gov
 - Por teléfono al Seguro Social al 1-800-772-1213. (TTY: 1-800-325-0778)
 - Pida la "Solicitud de ayuda para pagar los costos de medicamentos recetados de Medicare" (SSA-1020).
 - Póngase en contacto con su agencia de Medicaid eUnderstanding the Order of Medicare Part A and Part B Enrollment Periodsstatal.

Año de 2017

Medicare 101

61

Cómo calificar para recibir Ayuda Adicional

Quién califica automáticamente. Usted califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional (y no necesita iniciar una solicitud) si tiene Medicare y cobertura completa de Medicaid, beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o ayuda de Medicaid para pagar las primas de la Parte B de Medicare (Programas de Ahorros de Medicare). Medicare le brindará "Ayuda Adicional" que podría cubrir 85% al 100% de los costos de sus medicamentos recetados y es posible que también pague una parte o toda su prima de la Parte D de Medicare.

Quién necesita iniciar una solicitud. Si no cumple con una de las condiciones que anteceden es posible que califique para recibir Ayuda Adicional pero tendrá que iniciar una solicitud para obtenerla. Si piensa que califica pero no está seguro, de todas maneras debería iniciar la solicitud. Puede solicitar Ayuda Adicional en cualquier momento y, si se la niegan, puede volver a solicitarla si su situación cambia. La elegibilidad para Ayuda Adicional puede estar determinada por el Seguro Social o por su Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid).

Directrices para determinar quién califica. Los límites de recursos se anuncian en otoño. Las Directrices del Nivel Federal de Pobreza (FPL) se actualizan en forma anual a fines de enero (aspe.hhs.gov/poverty-guidelines). Estas directrices se usan para determinar los requisitos de nivel de ingresos para las personas que solicitan el programa de Subsidio por Bajos Ingresos de Medicare Parte D, también denominado programa de "Ayuda Adicional". Si tiene ingresos y recursos limitados, es posible que obtenga ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos recetados de Medicare. Es posible que califique para Ayuda Adicional en 2017 si su ingreso anual está debajo de \$17,820 para una sola persona (o \$24,030 para una pareja casada que convive o, incluso más, si tiene hijos o nietos a su cargo que viven con usted) Y si sus bienes están por debajo de \$13,640 para una sola persona (o \$27,250 si está casado). Estos montos cambian todos los años. Es posible que califique incluso si tiene un ingreso más alto (por ejemplo, si todavía trabaja, vive en Alaska o Hawái o tiene dependientes que viven con usted).

Cómo solicitar. Puede solicitar ayuda adicional completando una solicitud escrita que puede obtener llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213. TTY: 1-800-325-0778. También puede iniciar una solicitud en línea en ssa.gov/i1020; también puede iniciar la solicitud a través de su agencia de Medicaid estatal, o trabajando con una organización local, tales como el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.

Notas

- _____
- _____
- _____

Multa por inscripción tardía a la Parte D

**CMS
NTP
NATIONAL**

**Parte D
Cobertura de
Medicare para
medicamentos
recetados**

- Prima más alta si espera a inscribirse.
 - Excepciones si tiene:
 - Cobertura acreditable (sin brecha de 63 días o más);
 - Ayuda Adicional.
- Pagará la multa mientras tenga cobertura
 - 1% de la prima básica del beneficiario
 - Por cada mes que haya pasado como elegible pero que no se haya inscrito.
 - Los importes cambian cada año, visite Medicare.gov para consultar los importes actuales.

Julio de 2017

Medicare 101

65

Multa por inscripción tardía a la Parte D

Si decide no unirse a un plan de Medicare para medicamentos en la primera oportunidad, es posible que tenga que pagar una multa mensual que se agrega a su prima mensual.

Circunstancias que pueden permitirle evitar una multa. Si tiene cobertura acreditable (se prevé que la cobertura pagará en promedio, el equivalente a la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) la primera vez que es elegible para Medicare, en general, puede mantener esa cobertura y no tendrá que pagar una multa si decide inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos más adelante, siempre que sea una dentro de los 63 días posteriores a la finalización de su otra cobertura de medicamentos. Tampoco tendrá que pagar una prima más alta si recibe Ayuda Adicional para pagar por sus medicamentos recetados.

Cómo se calcula la multa. La multa por inscripción tardía se calcula multiplicando 1 % de la tasa de la multa por la prima a nivel nacional para beneficiarios (\$35.63 en 2017) por la cantidad de meses completos que haya pasado sin cobertura en los que era elegible pero no se registró en ningún plan de Medicare para medicamentos y durante los cuales tampoco tuvo otro tipo de cobertura acreditable. El cálculo de la multa no se basa en la prima del plan en el cual está inscrito. La cantidad total se redondea al \$0.10 más cercano y se agrega a su prima mensual. La prima a nivel nacional para beneficiarios puede aumentar por año, por eso la cantidad de la multa también puede aumentar.

Este es un ejemplo de cómo calcular la multa por inscripción tardía a la Parte D para alguien que no se inscribió en la Parte D la primera vez que era elegible y no tuvo una cobertura de medicamentos acreditable por 31 meses.

Este es el cálculo:

$$0.31 \text{ (31% de multa)} \times \$35.63 \text{ (prima para beneficiarios base de 2017)} = \$11.05$$

$$\$11.05 \text{ (redondeado al } \$0.10 \text{ más próximo)} = \$11.10$$

$\$11.10 = \text{multa mensual por inscripción tardía para 2017 en este caso}$

Después de unirse a un plan de Medicare para medicamentos, el plan le dirá si debe una multa y cuál será su prima. Es posible que tenga que pagar esta multa mientras tenga un plan de Medicare para medicamentos.

Cómo solicitar a Medicare una reconsideración de una multa. Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía es posible que tenga que pedirle a Medicare una revisión o una reconsideración. Necesitará completar un formulario de solicitud de reconsideración (que le enviará su plan) y podrá presentar evidencia que respalde su caso.

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP
NACIONAL**

¿Quiénes pueden inscribirse para la Parte D?

**Parte D
Cobertura de
Medicare para
medicamentos
recetados**

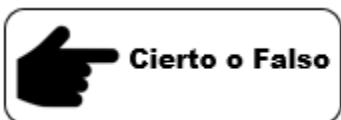
- Debe inscribirse al plan para tener cobertura de medicamentos y
 - Debe tener Parte A y/o Parte B de Medicare para unirse a un plan de Medicare para medicamentos recetados (PDP);
 - Debe tener Parte A y Parte B de Medicare para unirse a un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos (MA-PD);
 - Debe tener Parte A y Parte B, o solo Parte B de Medicare para unirse a un Plan de Costos de Medicare con cobertura de la Parte D;
 - Debe vivir en el área de servicio del plan;
 - No debe estar en la cárcel;
 - No debe estar presente en los Estados Unidos en forma ilegal;
 - No debe vivir fuera de los Estados Unidos.

Julio de 2017

Medicare 101

66

¿Quiénes pueden inscribirse para la Parte D?



Seleccione la respuesta correcta (Verdadero o Falso) para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. La mayoría de las personas se inscriben automáticamente en la cobertura para medicamentos de Medicare. (Verdadero o Falso)
2. Debe vivir en el área de servicios del plan para ser elegible para inscribirse. (Verdadero o Falso)
3. Puede ser miembro de varios planes de Medicare para medicamentos a la vez. (Verdadero o Falso)

Quién es elegible. En general, una persona es elegible para inscribirse en un Plan de Medicare para Medicamentos Recetados (PDP) si:

- está inscrito en la Parte A y/o Parte B de Medicare;
- reside permanentemente en el área de servicios de un PDP;
- es ciudadano estadounidense o está presente en forma legal en los Estados Unidos.

Quién no es elegible. Una persona que vive en el exterior o está en la cárcel no es elegible para la Parte D ya que no puede cumplir con el requisito de residir permanentemente en el área de servicio de un plan de la Parte D.

Cómo unirse a un plan. La cobertura de medicamentos de Medicare no es automática para la mayoría de las personas con Medicare. Debe unirse al plan de Medicare para medicamentos para tener cobertura. Por lo tanto, aunque todas las personas con Medicare pueden acceder a esta cobertura, usted debe tomar medidas para obtenerla. Si califica para recibir Ayuda Adicional para pagar por sus medicamentos recetados, Medicare lo inscribirá en un plan de Medicare para medicamentos, a menos que renuncie a la cobertura o se una a un plan usted mismo. Solo puede ser miembro de un plan de Medicare para medicamentos a la vez.

Notas

- _____
- _____
- _____



Cuándo puede unirse o cambiar de plan

- Cuando sea elegible para obtener Medicare
 - Periodo de inscripción inicial de 7 meses para la Parte D.
- El período anual de Inscripción Abierta de Medicare para los planes Medicare Advantage y de Medicamentos Recetados de Medicare es del 15 de octubre al 7 de diciembre, y la cobertura comienza el 1 de enero.



**Parte D
Cobertura de
Medicare para
medicamentos
recetados**

- Puede dejar su Plan Medicare Advantage y volver a Medicare Original del 1 de enero al 14 de febrero de cada año.
 - Tiene hasta el 14 de febrero para unirse también a un plan de la Parte D.
- Si no tiene cobertura de la Parte A de Medicare y se inscribe en la Parte B durante el Período de Inscripción General (1 de enero al 31 de marzo), puede inscribirse para un Plan de Medicare para Medicamentos Recetados del 1 de abril al 30 de junio cada año.

Cuándo puede unirse o cambiar de plan



Seleccione la respuesta correcta (Verdadero o Falso) para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. La primera vez que es elegible para acceder a Medicare, tiene un Período de Inscripción Inicial (IEP) de 7 meses para la Parte D. (Verdadero o Falso)
 2. El período anual de Inscripción Abierta de Medicare para los planes Medicare Advantage (MA) y de Medicamentos Recetados de Medicare es del 1 de enero al 1 de marzo (Verdadero o Falso)
 3. No puede abandonar un plan MA para cambiarse a Medicare Original. (Verdadero o Falso)
 4. Cualquier persona puede inscribirse a un Plan de Medicare para Medicamentos Recetados desde el 1 de abril hasta el 30 de junio. (Verdadero o Falso)

Puede inscribirse en un plan de la Parte D en los siguientes momentos:

Cuando es elegible por primera vez para obtener Medicare. La primera vez que es elegible para acceder a Medicare, tiene un Período de Inscripción Inicial (IEP) de 7 meses para la Parte D:

- Puede solicitar la inscripción hasta 3 meses antes del mes en el que comience a ser elegible para Medicare. La cobertura comenzará en la fecha que sea elegible para obtener Medicare.
 - Si inicia la solicitud durante el mes de elegibilidad, entonces su cobertura de medicamentos de Medicare comienza el primer día del mes siguiente.
 - Puede iniciar la solicitud durante los 3 meses posteriores a su mes de elegibilidad, y la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente al mes en el que inicie su solicitud.

Durante el período anual de Inscripción Abierta de Medicare para los planes Medicare Advantage (MA) y de Medicamentos Recetados de Medicare

- Este período abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, y los cambios entran en vigencia el 1 de enero.

Desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero de cada año

- Si está en un Plan Medicare Advantage, puede dejar su plan y cambiarse a Medicare Original. Si se cambia, tiene hasta el 14 de febrero para unirse también al Plan de Medicare para Medicamentos Recetados para agregar esta cobertura.
- La cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su formulario de inscripción.

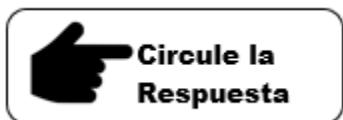
1 de abril al 30 de junio (limitado)

- Si no tiene cobertura de la Parte A de Medicare y se inscribe en la Parte B durante el Período de Inscripción General de la Parte B (1 de enero al 31 de marzo), puede inscribirse para un plan de Medicare para Medicamentos Recetados del 1 de abril al 30 de junio cada año. Su cobertura comienza el 1 de julio.

Notas

- _____
- _____
- _____

Período Especial de Inscripción para inscribirse o cambiar al Plan de la Parte D



Donde haya texto subrayado, marque con un círculo el número correcto.
Consulte las respuestas en el Anexo C.

Período Especial de Inscripción (SEP) para la Parte B de Medicare	SEP para la Parte D de Medicare
Es posible que sea elegible para un SEP para la Parte B de Medicare si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge) todavía están trabajando y tienen seguro médico a través de un empleo activo actual. Su SEP de la Parte B durará <u>(8 o 12) meses</u> y comienza el mes después de que termine su empleo.	Sin embargo, su SEP de la Parte D dura solo <u>(2 o 6) meses completos</u> después del mes en el que finaliza su cobertura.

Puede cambiar su cobertura de medicamentos recetados de Medicare cuando ocurren ciertos eventos en su vida. Estas oportunidades de hacer cambios se llaman SEP. Cada SEP tiene reglas distintas sobre cuándo puede hacer cambios y el tipo de cambios que puede hacer. Estas oportunidades de hacer cambios se agregan a los períodos de inscripción regulares que ocurren cada año. Los SEP detallados a continuación son ejemplos. La lista no contempla todas las situaciones:

- Si se traslada permanentemente a un sitio distinto del área de servicio del plan.
- Si pierde otra cobertura de medicamentos recetados acreditable
- 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, 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 de Medicare para medicamentos en cualquier momento.
- Si pertenece a un Programa Estatal de Ayuda para Farmacias
- Si se une o cambia a un plan de 5 estrellas (ver la página siguiente)
- Otras ocasiones excepcionales, como por ejemplo, si ya no clasifica para ayuda adicional.

La Parte B y la Parte D tienen SEP distintos. Es importante recordar que los SEP para las Partes B y D tienen diferentes marcos temporales en los que puede inscribirse para tener cobertura.

Notas

- _____
- _____
- _____

**Planes Medicare Advantage (Parte C)
(como HMO o PPO)**

**CMS
NTP**

La Parte C incluye



Parte A Seguro de Hospital Parte B Seguro Médico

La mayoría incluyen la Parte D Cobertura de Medicare para medicamentos recetados

- Medicare Advantage a veces se denomina Parte C: incluyen la Parte A, la Parte B y generalmente la Parte D.
- Las compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare proporcionan su cobertura de 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.

Julio de 2017 Medicare 101 02

Planes Medicare Advantage (Parte C)



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Otra forma de obtener su cobertura de Medicare es a través de un plan Medicare Advantage (MA).

Qué está cubierto. Los planes MA (Parte C), como una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o una Organización de Proveedores Preferidos (PPO), cubren los servicios y suministros de (la Parte A y Parte B o solo la Parte A). Además, puede incluir la cobertura de Medicare para medicamentos recetados (MA-PD). Puede agregar un plan de la Parte D a un Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare, o una Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA) que no tenga incluida la cobertura de medicamentos recetados. Usted (puede o no puede) agregar un plan de la Parte D a un plan de HMO o PPO de Medicare sin cobertura de medicamentos.

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

Conozca más. Visite <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11135-S-Prescription-Drug-Coverage-with-MA-MCP.pdf> para acceder a la publicación *Cómo funciona la cobertura de medicamentos recetados con un Plan Medicare Advantage o un Plan de Costo Medicare*.

Módulo 11 del Aula de los CMS: Planes Medicare Advantage: Esta herramienta de aprendizaje individual, que cada uno puede utilizar a su propio ritmo, brinda una descripción general de los planes MA, que incluye puntos tales como quién puede unirse, cuándo unirse, cómo funciona el plan y qué es lo que paga. Es una lección detallada sobre directrices de comercialización y las formas en que los planes de salud pueden o no pueden comercializar sus planes. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

- _____
- _____
- _____

CMS NTP NATIONAL **Tipos de planes Medicare Advantage (Parte C)**

- La Parte C incluye
- Parte A
 - Parte B
 - Parte D (usualmente)
- Los tipos de planes disponibles pueden variar según la zona:
 - Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare.
 - Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare.
 - Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS) de Medicare.
 - Planes para Necesidades Especiales (SNP) de Medicare.
 - Tipos de planes menos comunes que puede haber disponible:
 - Planes HMO Punto de servicio (HMOPOS).
 - Planes de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare.

Julio de 2017

Medicare 101

70

Tipos de planes Medicare Advantage (Parte C)



Trace una línea desde cada ejemplo (1-6) hasta su descripción (a-f) para indicar a qué tipo de plan Medicare Advantage (MA) pertenece. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. Diseñado para brindar cuidados adaptados a las condiciones del afiliado.
 2. Combina un plan de deducible alto con una cuenta bancaria
 3. Tiene una red de médicos y hospitales, y si sale de ella puede tener que pagar el costo completo
 4. Puede visitar a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepta los términos de pago del plan y acuerda tratarlo
 5. Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que le permite salir de la red para ciertos servicios, generalmente por un costo más alto
 6. Tiene una red de médicos y hospitales, pero puede salir de la red para servicios cubiertos, generalmente por un costo más alto
- a. Planes HMO de Medicare
 - b. Planes de Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA)
 - c. Planes de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare
 - d. Planes para Necesidades Especiales (SNP) de Medicare
 - e. Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO)
 - f. Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) de Medicare

Existen 4 tipos principales de planes MA. No todos los planes están disponibles en todas las áreas:

- **Planes de HMO de Medicare:** 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. Es posible que necesite una derivación para ver a determinados médicos especialistas.
- **Planes de PPO de Medicare:** tiene una red de médicos y hospitales, plan de PPO también puede usar proveedores fuera de la red para servicios cubiertos.
- Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) de 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) de Medicare: 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.

Puede haber 2 tipos de planes menos comunes disponibles:

- Planes de HMO Punto de servicio (HMOPOS): En ciertos planes de HMO puede optar por no usar la red para determinados servicios, generalmente por un costo más elevado. Esto se conoce como una HMO con opción de punto de servicio (POS).
- Planes de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare: 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.

Los planes PFFS y MSA no son planes de cuidados coordinados. Un afiliado a estos tipos de planes no tiene que acudir obligatoriamente a un proveedor o red de proveedores para coordinar su atención.

Notas

- _____
- _____
- _____

CMS NTP Cómo funcionan los planes Medicare Advantage (MA)



- Si se inscribe en un plan MA:
 - Seguirá inscrito en Medicare con todos los derechos y la cobertura.
 - Seguirá recibiendo los servicios contemplados 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.
 - No pueden cobrarle más por determinados servicios que Medicare Original.
 - Tiene un límite anual en sus costos de su bolsillo por los servicios médicos.
 - Una vez que alcance este límite, no pagará nada por los servicios cubiertos
 - Puede escoger un plan que incluya beneficios adicionales.
 - Por ejemplo, cobertura para cuidados dentales u oftalmológicos, a cargo de los gastos del plan (no los cubre Medicare).
 - No puede usar una póliza de Medigap para complementar su cobertura.

Julio de 2017

Medicare 101

71

Cómo funcionan los planes Medicare Advantage



Pareo

Trace una línea desde cada ejemplo (1-3) hasta su descripción (a-c) para indicar si un artículo está incluido en un plan Medicare Advantage (MA). Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. Cobertura para medicamentos recetados y beneficios extra (como de la visión o dentales) a. Siempre
2. Una póliza de Medigap b. Generalmente
3. Derechos y protecciones y servicios de Medicare cubiertos por la Parte A y Parte B c. Nunca

Si se inscribe en un plan MA

- Seguirá inscrito en Medicare con todos los derechos y protecciones de Medicare.
- Seguirá recibiendo los servicios cubiertos por las Partes A y B, pero en este caso los cubrirá el Plan MA (debe tener tanto la Parte A como Parte B para inscribirse a un Plan MA).
- Puede elegir un plan que incluya **cobertura para medicamentos recetados** (los beneficios y gastos compartidos pueden ser diferentes).
- 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).

Cargos, comparados con Medicare Original. Los planes MA no pueden cobrar más que Medicare Original por determinados servicios, como quimioterapia, diálisis y cuidado en un centro de enfermería especializada.

Límite de gastos de su bolsillo. Los planes MA tienen un límite anual en los costos de su bolsillo por los servicios médicos. Una vez que alcance este límite, no pagará nada por los servicios cubiertos. Este límite puede ser diferente entre los planes MA y pueden cambiar cada año. Deberá tener esto en cuenta cuando elija un plan.

No puede usarse con una póliza de Medigap. No podrá usar una póliza de Medigap con un plan MA.

Notas

- _____
- _____
- _____

Costos de los planes Medicare Advantage: lo que paga en 2017

- **Prima mensual de la Parte B**
 - Algunos planes pueden pagar la totalidad o una parte por usted.
- **Prima mensual adicional al plan**
- **Deductibles, coseguro y copagos**
 - Diferentes de Medicare Original.
 - Varía de un plan a otro.
 - Pueden ser más altos si usa servicios fuera de la red.
- **Máximo de bolsillo: \$6,700 (individual)**
 - Asistencia estatal disponible para algunas personas con ingresos y recursos limitados (programas de Ahorros Medicare y Ayuda Adicional).

Julio de 2017 Medicare 101 72

Planes Medicare Advantage: costos para 2017

- **Prima mensual.** Si se une a un plan Medicare Advantage (MA) debe continuar pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare. La prima de la Parte B en 2017 es de \$109 para la mayoría de las personas; de \$134 para aquellos a quienes no se “mantiene indemnes” (o que no están protegidos de un aumento en su prima de la Parte B debido a que no se realizó un ajuste del costo de vida del Seguro Social durante 2017). Algunos planes pueden pagar la totalidad o una parte de la prima de la Parte B por usted.
- Algunas personas pueden ser elegibles para recibir asistencia estatal (programas para las personas con Medicare que tienen ingresos y recursos limitados).

Otros costos. Cuando se une a un plan MA es posible que tenga otros costos, por ejemplo:

- Una prima mensual adicional al plan
- Deductibles, coseguro y copagos
- Estos costos pueden
 - ser diferentes de Medicare Original;
 - variar de un plan a otro;
 - ser más altos si usa servicios fuera de la red.
- El máximo de bolsillo de este año es de \$6,700

Límite de gastos de su bolsillo. Los planes MA tienen un límite anual en los costos de su bolsillo por los servicios médicos. Una vez que alcance este límite, no pagará nada por los servicios cubiertos. Este límite puede ser diferente entre los planes MA y pueden cambiar cada año. Deberá tener esto en cuenta cuando elija un plan.

Notas

- _____
- _____
- _____

¿Quién puede unirse a un Plan Medicare Advantage?



- Requisitos de elegibilidad:
 - Debe estar inscrito en la Parte A y/o Parte B de Medicare;
 - Debe vivir en el área de servicio del plan;
 - Ser un ciudadano estadounidense o estar presente en forma legal en los Estados Unidos;
 - No debe estar en la cárcel.
- Para unirse también debe:
 - Suministrar suficiente información al plan;
 - Seguir las reglas del plan;
 - Pertenecer a un solo plan por vez.

Julio de 2017

Medicare 101

73

¿Quién puede unirse a un Plan Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage (MA) están disponibles para la mayoría de las personas con Medicare.

Condiciones para la elegibilidad. Para ser elegible para unirse a un plan MA debe estar inscrito en la Parte A de Medicare (Seguro de hospital) y la Parte B de Medicare (Seguro médico). También debe vivir en el área geográfica de servicio del plan. Debe ser un ciudadano estadounidense o estar presente en forma legal en los Estados Unidos y no puede estar en la cárcel.

Requisitos y acuerdos. Para unirse a un plan MA también debe acordar:

- suministrar la información necesaria al plan, como su número de Medicare, domicilio, fecha de nacimiento y otra información importante;
- seguir las reglas del plan.
- Solo puede pertenecer a un plan MA por vez.

Planes disponibles. Para obtener más información sobre los planes MA disponibles en su área, visite <https://www.medicare.gov/find-a-plan/> y siga las instrucciones, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048.

Notas

- _____
- _____
- _____

Cuándo puede unirse o cambiarse a los planes Medicare Advantage (Además de hacerlo durante su Período de Inscripción)	
Inscripción Abierta de Otoño	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 de octubre—7 de diciembre ▪ La cobertura comienza el 1 de enero.
Medicare debido a incapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Período de 7 meses que comienza 3 meses antes del 25vo mes de incapacidad. ▪ Finaliza 3 meses después del 25vo mes de incapacidad.
Período Especial de Inscripción (SEP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si se traslada permanentemente fuera del área de servicio del plan. ▪ Si tiene Medicaid. ▪ Si el plan abandona el programa de Medicare o reduce su área de servicios. ▪ Si deja o pierde la cobertura del empleador o un sindicato. ▪ Si ingresa a un centro de cuidado a largo plazo, vive allí o se retira de este. ▪ Tiene un SEP continuo si califica para Ayuda Adicional. ▪ Si deja de ser elegible para recibir Ayuda Adicional. ▪ Si se une o cambia a un plan de 5 estrellas. ▪ Si recibe una notificación retroactiva de que es elegible para Medicare. ▪ Otras circunstancias excepcionales.

Julio de 2027

Medicare 101

74

Cuándo pueden unirse o cambiar de planes Medicare Advantage



Seleccione la respuesta correcta (Verdadero o Falso) para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Cualquier persona con Medicare puede unirse, cambiarse o abandonar un plan Medicare Advantage durante la Inscripción Abierta de Otoño. (Verdadero o Falso)

1. Puede calificar para un Período Especial de Inscripción si deja o pierde la cobertura de un empleador o sindicato. (Verdadero o Falso)

Período de Inscripción Abierta anual. Después de su Período de Inscripción Inicial, puede unirse o cambiar a otro plan Medicare Advantage (MA) durante la Inscripción Abierta de Otoño. Este período comienza el 15 de octubre y dura hasta el 7 de diciembre de cada año y cualquier persona con Medicare puede unirse, cambiar o dejar un Plan MA. Su cobertura comenzará el 1 de enero, siempre que el plan reciba su pedido para el 7 de diciembre.

Medicare debido a incapacidad Si obtiene Medicare debido a una incapacidad, puede unirse en el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del 25vo mes de incapacidad y termina 3 meses después del 25vo mes de incapacidad.

Los planes deben permitir que se unan nuevos miembros. Los planes pueden tener prohibida la aceptación de nuevos miembros si existe un límite de capacidad aprobado para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), o una sanción de inscripción vigente emitida por los CMS.

Período Especial de Inscripción (SEP). Es posible que pueda unirse o cambiar de plan en cualquiera de las siguientes situaciones que le otorgan un SEP:

- Si se traslada permanentemente fuera del área de servicio del plan.
- Si tiene Medicaid.
- Si está inscrito en un plan que decide abandonar el programa Medicare o reducir su área de servicio al final del año.

- Si deja o pierde la cobertura del empleador o un sindicato.
- Si ingresa a un centro de cuidado a largo plazo, vive allí o se retira de este.
- Si califica para Ayuda Adicional (tiene un SEP continuo, es decir que puede inscribirse en un plan o cambiarlo en cualquier momento).
- Si deja de ser elegible para recibir Ayuda Adicional.
- Si se une o cambia a un plan de 5 estrellas.
- Si recibe una notificación retroactiva de que es elegible para Medicare.
- Otras circunstancias excepcionales.

Excepciones. Si es elegible en forma retroactiva, hay reglas especiales que permiten la inscripción en un plan MA, Medicare Original y una póliza de Medigap. Encontrará más información sobre las circunstancias que permiten una excepción en el Capítulo 2 del “Manual de Cuidados Administrados de Medicare”, Sección 30.4 en [CMS.gov/medicare/health-plans/healthplansgeninfo/downloads/mc86c02.pdf](https://www.cms.gov/medicare/health-plans/healthplansgeninfo/downloads/mc86c02.pdf).

Notas

- _____
- _____
- _____

CMS NTP Cuándo puede dejar un plan Medicare Advantage (MA)

1 de enero – 14 de febrero	<ul style="list-style-type: none">■ Puede dejar un plan MA, cambiar a Medicare Original.<ul style="list-style-type: none">• La cobertura comienza el primer día del mes después de haberse cambiado.• Puede inscribirse en un plan de Parte D.<ul style="list-style-type: none">▫ La cobertura de medicamentos comienza el primer día del mes después de que el plan reciba su inscripción.■ No puede unirse a otro plan MA durante este período.■ Es posible que pueda adquirir una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) (derecho de prueba).
-----------------------------------	---

Julio de 2017

Medicare 101

75

Cuándo pueden dejar los planes Medicare Advantage



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Si pertenece a una cobertura de Medicare Advantage (MA) o Medicare Advantage con medicamentos recetados (MA-PD) puede cambiar a Medicare Original del 1 de enero al (14 de febrero o 14 de marzo). Si vuelve a optar por Medicare Original en dicho período, la cobertura del plan entrará en vigencia el (último o primer) día del mes calendario siguiente a la fecha en que se realizó la elección o modificación.

Para cancelar su inscripción a un plan MA y volver a Medicare Original durante este período, puede

- solicitarlo directamente a la organización MA.
- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY: 1-877-486-2048.

Si realiza esta modificación, también puede inscribirse en un Plan Medicare para Medicamentos Recetados (PDP) para añadir cobertura de medicamentos. La cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su formulario de inscripción.

Si deja un plan MA es posible que no pueda comprar una póliza del Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) pero también es posible que sí pueda hacerlo. Dependerá de sus circunstancias personales. Es posible que apliquen ciertos derechos federales. Los estados pueden proveer protecciones adicionales. Puede comprar una póliza de Medigap cuando sea que un plan acceda a venderle una.

(Puede o no puede) unirse a otro plan MA durante este período. Es importante que recuerde que en cualquier momento en que se inscriba en un nuevo plan MA, MA-PD o PDP, (se cancelará o no se cancelará) automáticamente su inscripción al plan anterior. Esto incluye los planes solo MA de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o una Organización de Proveedores Preferidos. Sin embargo, hay excepciones

limitadas para miembros de planes MA privados de pago por servicio, planes de costo y planes de Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Una vez inscrito, la cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su formulario de inscripción.

Notas

- _____
- _____
- _____

CMS NTP Cómo comparar planes en el Buscador de Planes de Medicare

- Busque planes de salud y para medicamentos de Medicare.
- Personalice su búsqueda para encontrar planes según sus necesidades.
- Compare los planes en cuanto a sus estrellas, beneficios, costos y más.
- Visite [Medicare.gov/find-a-plan/](https://www.medicare.gov/find-a-plan/)



Julio de 2017

Medicare 101

76

Cómo comparar planes en el Buscador de Planes de Medicare

Use el buscador de planes de Medicare (disponible en <https://www.medicare.gov//find-a-plan/questions/home.aspx?language=Spanish>) para hacer lo siguiente:

- Busque planes de salud y para medicamentos.
- Personalice su búsqueda para encontrar planes según sus necesidades.
- Compare los planes en cuanto a sus calificaciones de calidad, beneficios cubiertos, costos y más.

Compare los planes de Medicare para medicamentos según lo que sea más importante para su situación y sus necesidades de medicamentos. Quizás quiera preguntarse lo siguiente:

- ¿Qué plan cubre los medicamentos recetados que tomo?
- ¿Qué plan me da el mejor precio general para todos mis medicamentos recetados?
- ¿Cuáles son la prima mensual, el deducible anual y los coseguros o copagos?
- ¿Qué plan me permite usar la farmacia que quiero u obtener mis medicamentos recetados por correo?
- ¿Qué plan me da cobertura en varios estados si la necesito?
- ¿Cuál es la calificación de estrellas del plan?
- ¿Comenzará mi cobertura cuando lo necesito?
- ¿Es probable que necesite protección contra costos de medicamentos inesperados en el futuro?

Podrá ver las opciones de Período Especial de Inscripción (SEP) si se inscribe a través del Buscador de Planes de Medicare en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov). Al verificar cualquiera de los SEP detallados usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si después se determina que la información era incorrecta, es posible que cancelen su inscripción al plan.

Para obtener más información sobre el Buscador de Planes, visite <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/National-Training-Program-Resources.html>

El sitio web de práctica para utilizar con escenarios de capacitación aprobados está disponible en <https://www.medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx>. La información de caso de prueba del escenario de capacitación está disponible en el Anexo A.

Notas

- _____
- _____

Pólizas de Medigap comparadas con los planes Medicare Advantage		
	Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)	Planes Medicare Advantage (Parte C)
Ofrecidos por Supervisión gubernamental	Compañías privadas Estate pero también debe cumplir con las leyes federales.	Compañías privadas Federal (Medicare debe aprobar los planes)
Compatible con	Medicare Original	N/C
Cubre	Faltas de 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 beneficios extra, como cuidados dentales y para la visión. La mayoría de los planes incluye cobertura de Medicare para recetas médicas.
Debe tener	Parte A y Parte B	Parte A y Parte B
¿Paga una prima?	Sí. Paga una prima por la póliza y paga la prima de la Parte B.	Sí. En la mayoría de los casos, usted paga una prima por el plan y la prima de la Parte B.

Julio de 2017

Medicare 101

77

Pólizas de Medigap comparadas con los planes

Medicare Advantage



Circule la Respuesta

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

La tabla anterior muestra una comparación directa entre las pólizas de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) y los planes Medicare Advantage (MA) para ayudar a explicar las diferencias de cómo funcionan.

- **Dónde comprar:** compañías privadas ofrecen a ambas.
- **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 funciona con Medicare Original:** los planes MA (funcionan o no funcionan) con las pólizas de Medigap. Si se incorpora a un Plan MA, no puede usar la póliza de 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 de Medigap para ayudar a pagar parte de los gastos directos de bolsillo ("faltas") que Medicare Original no cubre. Las pólizas de Medigap (pagan o no pagan) sus 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 de la 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.
- **Requisitos:** en ambos casos, (debe o no debe) tener la Parte A y la Parte B para inscribirse.
- **Primas:** pagará una prima por la póliza de 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 de Medigap, excepto que se vaya a desafiliar del plan MA para volver a tener Medicare Original.

Notas

- _____
- _____
- _____

[Diapositiva 78]

Medicare y el Mercado de Seguros Médicos

- La cobertura del Mercado de Seguros Médicos y Medicare
- El Mercado y cómo ser elegible para Medicare



Julio de 2017

CuidadoDeSalud.gov

78

Medicare y el Mercado de Seguros Médicos

Existen algunas cuestiones que debe saber acerca de Medicare si tiene cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos. Estas cuestiones incluyen:

- La cobertura del Mercado de Seguros Médicos y Medicare.
- El Mercado y cómo ser elegible para Medicare.

Podrá obtener información sobre el Mercado de Seguros Médicos facilitada por el gobierno en CuidadoDeSalud.gov.

Notas

- _____
- _____
- _____

 La cobertura del Mercado de Seguros Médicos y Medicare

- Si usted tiene Medicare, nadie puede venderle un plan del Mercado.
 - Incluso si solamente tiene la Parte A o Parte B de Medicare.
 - Excepto a través del Programa de seguros médicos para los Pequeños Negocios (SHOP) si es un trabajador activo o el dependiente de un trabajador activo.
 - El tamaño del empleador determina quién paga primero.
 - No se le cobrará ninguna multa por inscripción tardía si se inscribe mientras tenga cobertura de SHOP o dentro de los 8 meses de haber perdido esa cobertura.
- Los planes de SHOP para 2018 estarán disponibles a través de emisores, agentes e intermediarios, no a través de [CuidadoDeSalud.gov](#).

Julio de 2017

Medicare 101

79

La cobertura del Mercado de Seguros Médicos y Medicare

1. Es ilegal que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda un plan del Mercado. Esto es verdad incluso si tiene solo la Parte A o solo la Parte B. La excepción es un plan del Mercado a través de su empleador, (que se vende a través del Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios [llamado SHOP]), si es trabajador activo o dependiente de un trabajador activo.
2. La cobertura de SHOP puede pagar primero, antes que Medicare.
3. Si retrasa su inscripción debido a que tiene cobertura del empleador a través de SHOP, no tendrá una multa por inscripción tardía si se inscribe en cualquier momento que tenga cobertura del Mercado de SHOP o dentro de los 8 meses de perder esa cobertura (si el empleador tiene 20 empleados o más). Esto no incluye la cobertura de COBRA.
4. Los planes de SHOP estarán disponibles para la cobertura 2018 a través de emisores, agentes e intermediarios. No estarán disponibles a través de CuidadoDeSalud.gov.

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP
INTERNATIONAL** El Mercado y cómo ser elegible para Medicare

- Puede conservar un plan del Mercado hasta que comience su cobertura de Medicare.
- Luego puede cancelar su plan del Mercado sin multa.
- Puede conservar su plan del Mercado pero
 - Una vez que comienza su cobertura de la Parte A gratis, dejará de ser elegible para créditos tributarios de las primas u otros ahorros de costos.
 - Deberá pagar el precio total por su plan del Mercado.
- Inscribase en Medicare durante el Período de Inscripción Inicial (IEP).
 - Si se inscribe para Medicare después del IEP, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía.

Julio de 2017

Medicare 101

80

El Mercado y cómo ser elegible para Medicare



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Si tiene un plan del Mercado, puede conservarlo hasta que comience la cobertura de Medicare. Luego puede cancelar su plan del Mercado (con o sin) multa.

Puede conservar su plan del Mercado también. Sin embargo, una vez que comience la cobertura de la Parte A de Medicare, ya no será elegible para ningún crédito tributario de primas ni gastos compartidos reducidos para los que pueda haber calificado a través del Mercado. Por lo tanto, deberá pagar (el total o la mitad) del precio de su plan del Mercado.

Cuándo es elegible para obtener Medicare

Supongamos que usted tiene un plan del Mercado y que cumple 65 años en algún momento de este año.

Una vez que sea elegible para Medicare, tendrá un Período de Inscripción Inicial (IEP) para inscribirse en Medicare. Para la mayoría de las personas, el IEP comienza (3 o 6) meses antes de que cumplan 65 años y finaliza 3 meses después de que cumplan 65 años.

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

- Una vez que comienza su cobertura de Medicare Parte A gratis, usted (será o no será) elegible para créditos tributarios de las primas u otros ahorros de costos. Si conservó su plan del Mercado, deberá pagar el precio completo.
- Si se inscribe para Medicare después de que finaliza el IEP, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte B mientras tenga Medicare. Asimismo, puede inscribirse en la Parte B de Medicare (y la Parte A si debe pagar una prima por ella) **solo** durante el Período de Inscripción General de Medicare (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año). La cobertura no comenzará hasta (mayo o julio) de ese año. Esto podría causar una brecha en su cobertura.

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP Compruebe sus conocimientos: Medicare/Mercado**



Maxine tiene una cobertura del Mercado individual. Cumplirá 65 años y desea esperar e inscribirse en la Parte B de Medicare cuando sea mayor debido a que tanto ella como su marido tienen la misma cobertura del Mercado. Ya que ha trabajado suficiente tiempo como para tener la Parte A gratis, no debe preocuparse por tener una multa por inscripción tardía en la Parte B. Su plan del Mercado le permitirá tener un Período Especial de Inscripción más adelante.

Verdadero

Falso

Julio de 2017

Medicare 101

81

Compruebe sus conocimientos: Medicare/Mercado (Maxine)



Cierto o Falso

Seleccione la respuesta correcta (Verdadero o Falso) para la situación que se describe a continuación. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Situación: Maxine tiene una cobertura del Mercado individual. Cumplirá 65 años y desea esperar e inscribirse en la Parte B de Medicare cuando sea mayor debido a que tanto ella como su marido tienen la misma cobertura del Mercado. Ya que ha trabajado suficiente tiempo como para tener la Parte A gratis, no debe preocuparse por tener una multa por inscripción tardía en la Parte B.

¿Es el siguiente enunciado verdadero o falso? Su plan del Mercado le permitirá tener un Período Especial de Inscripción más adelante. (Verdadero o Falso)

Un plan del Mercado individual no se considera una cobertura acreditable a los fines de la inscripción a Medicare. Maxine no calificaría para un Período Especial de Inscripción y es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte B.

Notas

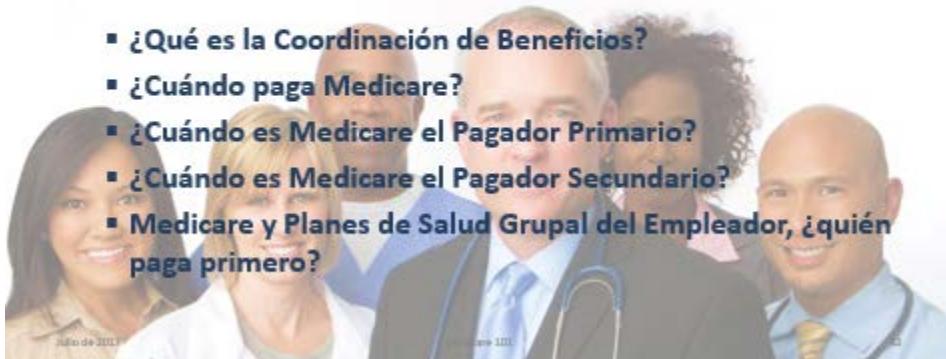
- _____
- _____
- _____

Lección 3: Coordinación de Beneficios

[Diapositiva 82]

The slide features a blue header with the title 'Lección 3: Coordinación de Beneficios'. To the right is the CMS NTP logo, which includes the letters 'CMS' in blue, 'NTP' in large yellow letters, and 'NATIONAL TRAINING PROGRAM' in smaller blue text below it.

- **¿Qué es la Coordinación de Beneficios?**
- **¿Cuándo paga Medicare?**
- **¿Cuándo es Medicare el Pagador Primario?**
- **¿Cuándo es Medicare el Pagador Secundario?**
- **Medicare y Planes de Salud Grupal del Empleador, ¿quién paga primero?**



La Lección 3 explica cómo se coordinan los beneficios si una persona con Medicare tiene otros tipos de cobertura de salud. Esta lección responde las siguientes preguntas:

- ¿Qué es la Coordinación de Beneficios?
- ¿Cuándo paga Medicare?
- ¿Cuándo es Medicare el Pagador Primario?
- ¿Cuándo es Medicare el Pagador Secundario?
- Medicare y Planes de Salud Grupal del Empleador: ¿Quién paga en primer lugar?

Notas

- _____
- _____
- _____

¿Qué es la Coordinación de Beneficios?

Las reglas de
Pagador Secundario
de Medicare le
permiten a
Medicare ahorrar
\$9000 millones

- La Coordinación de Beneficios determina quién paga cuando usted tiene más de un tipo de seguro.
- Las reglas de Pagador Secundario de Medicare protegen a Medicare.
 - Cada tipo de seguro de salud se llama "pagador".
 - El Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios (BCRC) se pone en conocimiento de otro seguro.
 - Identifica cuál es primario y garantiza que pague el pagador correcto.
- Asegura que Medicare reciba el reembolso de cualquier pago condicional realizado.
- Cuando existe más de un pagador, la coordinación de las normas relativas a los beneficios decide quién paga primero.
- Es posible que haya pagadores primarios y secundarios y, en algunos casos, también puede haber un tercer pagador.

Julio de 2017

Medicare101

83

¿Qué es la Coordinación de Beneficios?



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

La coordinación de (beneficios o seguros) es una manera de determinar quién paga primero cuando 2 o más planes de seguro de salud son responsables de pagar la misma reclamación médica.

Si tiene Medicare u otra cobertura de salud o medicamentos, cada tipo de cobertura se llama "pagador". Cuando existe más de un pagador, la coordinación de las normas de (beneficios o seguros) decide quién paga primero.

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

[Módulo 5 del Aula de los CMS: Coordinación de Beneficios](#): Esta herramienta de aprendizaje individual, que cada uno puede utilizar a su propio ritmo, cubre la responsabilidad de pago cuando las personas tienen Medicare y ciertos otros tipos de cobertura de salud y/o para medicamentos recetados. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

- _____
- _____
- _____

¿Qué es la Coordinación de Beneficios?



Las reglas de
Pagador Secundario
de Medicare le
permiten a
Medicare ahorrar
\$9000 millones

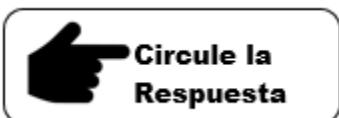
- La Coordinación de Beneficios determina quién paga cuando usted tiene más de un tipo de seguro.
- Las reglas de Pagador Secundario de Medicare protegen a Medicare.
 - Cada tipo de seguro de salud se llama "pagador".
 - El Centro de Recuperación y Coordinación de Beneficios (BCRC) se pone en conocimiento de otro seguro.
 - Identifica cuál es primario y garantiza que pague el pagador correcto.
- Asegura que Medicare reciba el reembolso de cualquier pago condicional realizado.
- Cuando existe más de un pagador, la coordinación de las normas relativas a los beneficios decide quién paga primero.
- Es posible que haya pagadores primarios y secundarios y, en algunos casos, también puede haber un tercer pagador.

Julio de 2017

Medicare101

83

¿Qué determina si Medicare paga en primer lugar, en segundo lugar, o no debe pagar nada?



Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

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

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

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

No debe pagar nada: Medicare puede no pagar por todos los servicios y artículos que otros aseguradores de salud (tienen o no tienen) la responsabilidad de pagar.

Conozca más: Para obtener más información, consulte las <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02179-S-Medicare-Coordination-Benefits.pdf> (Producto de los CMS N.º 02179) o ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?SID=4197918d7a58c79361d4f698fa25219e&mc=true&node=se42.2.411_120&rgn=div8 (42 C.F.R., Capítulo IV, Sección 411.20, párrafo 2)

Notas

- _____
- _____
- _____

¿Cuándo es Medicare el Pagador Primario?

**CMS
NTP
NATIONAL**

Medicare paga primero por los servicios cubiertos cuando es su única cobertura.

O **Cuando su otra fuente de cobertura no sea una de estas...**



- **Medigap**
- **Medicaid**
- **Beneficios para jubilados (generalmente)**
- **Servicio de Salud Indígena**
- **TRICARE for Life**
- **COBRA, excepto durante el período de coordinación de 30 meses para las personas con ESRD**

Julio de 2017

85

¿Cuándo es Medicare el Pagador Primario?



Circule la Respuesta

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Medicare es el pagador primario para (todas o la mayoría de) las personas con Medicare, lo que significa que Medicare paga (primero o segundo) en sus reclamaciones de atención médica.

Medicare paga en primer lugar cuando:

- Medicare es su única fuente de cobertura médica, de hospital o medicamentos recetados, o
- Su otra fuente de cobertura es uno o más de las siguientes opciones:
 - una póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) u otra póliza de seguros adquirida de manera privada que no está relacionada con el empleo actual; una póliza de Medigap cubre cantidades no cubiertas por Medicare;
 - cobertura a través de Medicaid y Medicare (beneficiarios dobles elegibles), sin ninguna otra cobertura que pueda ser primaria antes que Medicare;
 - cobertura para jubilados, en la mayoría de los casos. Para saber cómo trabaja un plan con Medicare, revise el manual de beneficios del plan o la descripción del plan proporcionada por el empleador o el sindicato, o llame al administrador de beneficios.
 - **Servicio de Salud Indígena**
 - TRICARE (TRICARE es el programa de salud del Departamento de Defensa de los EE. UU. para miembros en servicio activo y sus familias. TRICARE For Life es el programa para jubilados militares y sus familias).
 - COBRA, (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria), salvo si tiene enfermedad renal en etapa terminal, durante el período de coordinación de 30 meses.

Notas

- _____
- _____
- _____

¿Cuándo es Medicare el Pagador Primario?

Medicare paga primero por los servicios cubiertos cuando es su única cobertura. O Cuando su otra fuente de cobertura no sea una de estas...



- Medigap
- Medicaid
- Beneficios para jubilados (generalmente)
- Servicio de Salud Indígena
- TRICARE for Life
- COBRA, excepto durante el período de coordinación de 30 meses para las personas con ESRD

Julio de 2017

85

¿Cuándo es Medicare el Pagador Secundario?



Seleccione Verdadero o Falso para cada uno de los siguientes enunciados. Consulte las respuestas en el Anexo C.

1. Si Medicare realiza un pago condicional no es necesario que se le reembolse. (Verdadero o Falso)
2. Medicare no pagará los servicios necesarios no relacionados con una reclamación del seguro de automóvil hasta tanto se cierre dicha reclamación. (Verdadero o Falso)
3. Para reclamaciones que involucran al seguro de vivienda de responsabilidad civil o pública, Medicare paga en segundo lugar. (Verdadero o Falso)

Medicare Pagador Secundario (MSP) es el término usado generalmente cuando Medicare no es responsable de pagar una reclamación en primer lugar. Como se muestra en la ilustración anterior, Medicare paga en segundo lugar las reclamaciones que involucran al seguro de responsabilidad civil o pública.

El seguro de responsabilidad pública es un seguro que paga el servicio de atención médica resultante de una lesión personal o daño a la propiedad de un tercero, independientemente de quien haya sido el culpable de ocasionarlo. Incluye seguro de automóvil, seguro de la vivienda y planes de seguro comerciales.

Medicare Pagador Secundario (MSP) es el término usado generalmente cuando Medicare no es responsable de pagar una reclamación en primer lugar. Como se muestra en la ilustración anterior, Medicare paga en segundo lugar las reclamaciones que involucran al seguro de responsabilidad civil o pública.

Medicare es el pagador secundario cuando existe un seguro de responsabilidad pública. En general, Medicare no pagará los gastos médicos cubiertos por el seguro de responsabilidad pública. Sin embargo, Medicare puede pagar los gastos médicos si se rechaza la reclamación por diferentes razones, excepto si se la considera una

reclamación que no corresponda. Medicare realizará el pago solo en la medida en que los servicios estén cubiertos por Medicare. Asimismo, si el seguro de responsabilidad pública no paga de inmediato (dentro de los 120 días), Medicare puede realizar un pago condicional por el cual Medicare tiene el derecho de exigir restitución.

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

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

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

El seguro de responsabilidad civil es una cobertura que lo protege de reclamaciones que estén fundadas en negligencia, acción inadecuada o inacción y tengan como resultado la lesión de alguien o el daño a una propiedad. El seguro de responsabilidad civil incluye, entre otros, el seguro de la vivienda, seguro de automóvil, seguro de responsabilidad civil para productos, seguro de responsabilidad civil por mala praxis, seguro de responsabilidad civil para conductores sin seguro y seguro de responsabilidad civil para conductores sub-asegurados.

Medicare es el pagador secundario en los casos en que exista un seguro de responsabilidad civil. Si los profesionales del servicio médico descubren que los servicios que le prestan a una persona pueden pagarse a través de una aseguradora de responsabilidad civil, deben tratar de cobrarle a esa aseguradora antes de facturarle a Medicare. Se solicita a los proveedores que facturen primero a la aseguradora de responsabilidad civil, aunque es posible que la aseguradora no realice el pago de inmediato. Algunas veces, obtener el pago puede llevar un tiempo largo. Si la compañía de seguro no paga la reclamación de inmediato (por lo general, dentro de los 120 días), su médico u otro proveedor puede facturar a Medicare. Medicare puede efectuar un pago condicional por servicios por los que otro pagador es responsable, para que usted no tenga que utilizar su propio dinero para pagar la factura. El pago es condicional porque la persona es responsable de que el otro pagador reembolse a Medicare cuando se llegue a un acuerdo de pago, resolución judicial o se realice otro pago.

Conozca más: Para obtener ejemplos detallados de los casos en los que Medicare es pagador secundario, consulte el cuadro “Cómo funciona Medicare con otra cobertura” en *Medicare y otros beneficios médicos: Su guía para saber quién paga primero* (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02179-S-Medicare-Coordination-Benefits.pdf>).

Cómo protegen a Medicare las cláusulas de Medicare Pagador Secundario (MSP)

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

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

Las cláusulas de MSP han protegido los Fondos Fiduciarios de Medicare asegurándose de que Medicare no pague por servicios y artículos por los que tienen responsabilidad de pago en primer lugar ciertas coberturas de salud. Las cláusulas de MSP se aplican a situaciones en las que Medicare no es el seguro de salud primario de la persona, o en situaciones en las que se ha identificado a otra entidad como pagador primario.

Medicare ahorra casi \$9000 millones anualmente en reclamaciones procesadas por seguros que pagan en primer lugar antes que Medicare.

Notas

- _____
- _____
- _____

Medicare y Planes de Salud Grupal del Empleador (EGHP), ¿quién paga primero?

Medicare paga en primer lugar si usted tiene



- 65 años o más y cobertura de jubilado;
- 65 años o más y posee una cobertura de **planes de salud grupal del empleador (EGHP)** a través de su actual empleo, ya sea propio o de su cónyuge, y el empleador tiene menos de 20 empleados;
- menos de 65 años, con una **incapacidad** y tiene una cobertura EGHP a través de su empleo **actual** (suyo o el de un miembro de su familia);
- elegibilidad para Medicare debido a que tiene una **enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)** y tiene cobertura para **EGHP** cuando finaliza el periodo de coordinación de 30 meses, o si ya tenía Medicare como seguro primario antes de contraer una ESRD.

Julio de 2017 Medicare 101 87

¿Cómo Medicare coordina beneficios con los planes de Salud Grupal del Empleador (EGHP)?

Medicare paga en primer lugar a personas que tienen Planes de Salud Grupal del Empleador (EGHP) en los siguientes casos:

- 65 años o más y cobertura de jubilado;
- 65 años o más y posee una cobertura de planes de salud grupal del empleador (EGHP) a través de su actual empleo, ya sea propio o de su cónyuge, y el empleador tiene menos de 20 empleados;
- menos de 65 años, padece una incapacidad y está cubiertos por un EGHP a través de su empleo actual (ya sea propio o el de un miembro de su familia) y su empleador tiene menos de 100 empleados;
- elegibilidad para Medicare debido a que tiene una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) y tiene cobertura para EGHP cuando finaliza el período de coordinación de 30 meses, o si ya tenía Medicare como seguro primario antes de contraer una ESRD.

Notas

- _____
- _____
- _____

Lección 4: Cómo detectar y reportar fraude, desperdicios y abuso

[Diapositiva 88]

Medicare y Planes de Salud Grupal del Empleador (EGHP), ¿quién paga primero?

Medicare paga en primer lugar si usted tiene



- 65 años o más y cobertura de jubilado;
- 65 años o más y posee una cobertura de **planes de salud grupal del empleador (EGHP)** a través de su actual empleo, ya sea propio o de su cónyuge, y el empleador tiene menos de 20 empleados;
- menos de 65 años, con una **incapacidad** y tiene una cobertura EGHP a través de su empleo **actual** (suyo o el de un miembro de su familia);
- elegibilidad para Medicare debido a que tiene una **enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)** y tiene cobertura para EGHP cuando finaliza el periodo de coordinación de 30 meses, o si ya tenía Medicare como seguro primario antes de contraer una ESRD.

Julio de 2011

Medicare 101

87

Esta lección debería ayudarle a comprender los problemas de fraude, desperdicios y abuso, que incluyen los siguientes:

- ¿Se trata de fraude, desperdicios o abuso?
- La Patrulla Medicare de Adultos Mayores
- Las 4 R
- Dónde reportar fraude, desperdicios y abuso

Notas

- _____
- _____
- _____

Medicare y Planes de Salud Grupal del Empleador (EGHP), ¿quién paga primero?

Medicare paga en primer lugar si usted tiene

- 65 años o más y cobertura de jubilado;
- 65 años o más y posee una cobertura de **planes de salud grupal del empleador (EGHP)** a través de su actual empleo, ya sea propio o de su cónyuge, y el empleador tiene menos de 20 empleados;
- menos de 65 años, con una **incapacidad** y tiene una cobertura **EGHP** a través de su empleo **actual** (suyo o el de un miembro de su familia);
- elibilidad para Medicare debido a que tiene una **enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)** y tiene cobertura para **EGHP** cuando finaliza el período de coordinación de 30 meses, o si ya tenía Medicare como seguro primario antes de contraer una ESRD.

Julio de 2011
Medicare101
87

¿Se trata de fraude, desperdicios o abuso? ¿Cuál es la diferencia?



Trace una línea desde cada ejemplo (1-4) hasta su descripción (a-d) para indicar si se trata de desperdicios, abuso, fraude o un error. Consulte las respuestas en el Anexo C.

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Facturar servicios que no se proporcionaron | a. Fraude |
| 2. Uso de un código incorrecto | b. Desperdicios |
| 3. Subir el código | c. Errores |
| 4. Solicitar pruebas en exceso | d. Abuso |

El fraude, los desperdicios y el abuso forman parte de un espectro de intención. En el extremo inferior del espectro están los **errores**, tales como el uso de un código incorrecto, que puede producir errores que dan como resultado el sobre pago.

Los **desperdicios** pueden ser el resultado de ineficiencias, como solicitar pruebas en exceso.

El abuso es el siguiente paso en el espectro. Se produce un abuso cuando hay un engaño intencional, como facturar por insumos o servicios que no se proporcionaron. El abuso ocurre cuando los proveedores o suministradores de atención médica realizan acciones que generan costos innecesarios directos o indirectos a algún programa de beneficios de atención médica.

Se produce un fraude cuando se quiebran las reglas y se producen prácticas intencionales en forma sistemática. Tales prácticas pueden incluir subir el código, es decir, cuando un proveedor de atención médica utiliza un código de facturación correspondiente a un servicio más caro que el que realizó. El fraude ocurre cuando alguien ejecuta o intenta ejecutar intencionadamente un plan para obtener dinero o bienes de algún programa de beneficios de atención médica.

La principal diferencia entre errores, desperdicios, abuso y fraude es la intención.

Notas

- _____
- _____
- _____

Medicare y Planes de Salud Grupal del Empleador (EGHP), ¿quién paga primero?

Medicare paga en primer lugar si usted tiene



- 65 años o más y cobertura de jubilado;
- 65 años o más y posee una cobertura de **planes de salud grupal del empleador (EGHP)** a través de su actual empleo, ya sea propio o de su cónyuge, y el empleador tiene menos de 20 empleados;
- menos de 65 años, con una **incapacidad** y tiene una cobertura EGHP a través de su empleo **actual** (suyo o el de un miembro de su familia);
- elegibilidad para Medicare debido a que tiene una **enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)** y tiene cobertura para EGHP cuando finaliza el periodo de coordinación de 30 meses, o si ya tenía Medicare como seguro primario antes de contraer una ESRD.

Julio de 2017

Medicare101

87

El programa de la Patrulla Medicare de Adultos Mayores (SMP)



Encuentre su programa SMP local y registre la información de contacto en el cuadro a continuación.

Recuerde, existen tres maneras de encontrar su programa de SMP local: (1) visite smpresource.org, (2) llame al 1-877-808-2468, o (3) llame al 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

Mi contacto de SMP:

Nombre	Teléfono	Correo electrónico	Nombre de la organización

El programa de SMP faculta y asiste a las personas con Medicare a asumir una función activa en la detección y prevención del fraude, desperdicios y abuso en la atención médica. El programa de SMP no solo protege a las personas con Medicare, sino que también ayuda a proteger a Medicare.

Dónde están ubicados los programas de SMP. Dado que este trabajo a menudo requiere contacto cara a cara para ser más efectivo, las SMP en todo el país confían en más de 5,000 voluntarios que se desempeñan activamente todos los años para colaborar con esta iniciativa. Existe un programa de SMP en cada estado, el distrito de Columbia, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Puerto Rico. Comuníquese con su programa local de SMP para obtener asesoramiento personalizado, averiguar sobre los eventos de su comunidad en su zona o para trabajar como voluntario. Para obtener más información o encontrar su programa local de SMP, visite smpresource.org, o llame al 1-877-808-2468. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

Asistencia para las personas con Medicare y Medicaid En algunos casos, cuando las personas con Medicare y Medicaid no pueden actuar por sí mismas para resolver estos problemas, las SMP trabajan para resolver los problemas y hacen derivaciones a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus contratistas

antifraude; la Oficina del Inspector General; las oficinas generales de los fiscales generales; las autoridades locales para cumplimiento de la ley; los programas de Asistencia Estatal para Seguro Médico; las divisiones estatales de seguro y otras organizaciones externas con la facultad para intervenir.

Enlaces de SMP. CMS estableció enlaces de SMP en cada Oficina Regional, para actuar como punto de contacto para los problemas de cumplimiento/comercialización que identifiquen las SMP, para participar de manera proactiva con las SMP y compartir información relevante del programa, cambios y actualizaciones de Medicare.

Notas

- _____
- _____
- _____

Medicare y Planes de Salud Grupal del Empleador (EGHP), ¿quién paga primero?

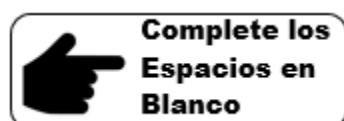
Medicare paga en primer lugar si usted tiene



- 65 años o más y cobertura de jubilado;
- 65 años o más y posee una cobertura de **planes de salud grupal del empleador (EGHP)** a través de su actual empleo, ya sea propio o de su cónyuge, y el empleador tiene menos de 20 empleados;
- menos de 65 años, con una **incapacidad** y tiene una cobertura **EGHP** a través de su empleo **actual** (suyo o el de un miembro de su familia);
- elegibilidad para Medicare debido a que tiene una **enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)** y tiene cobertura para **EGHP** cuando finaliza el periodo de coordinación de 30 meses, o si ya tenía Medicare como seguro primario antes de contraer una ESRD.

Julio de 2017 Medicare101 87

Recuerde las 4 R



*Escriba las 4 R en el orden correcto en la lista a continuación.
Consulte las respuestas en el Anexo C.*

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Las personas con Medicare pueden ser la primera línea de defensa contra el fraude, los desperdicios y el abuso. Se alienta a que sigan las 4 R: Registrar, Revisar, Reportar y Recordar.

El Producto de los CMS N.º 11610, “4 R para luchar contra el fraude en Medicare”, está disponible en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11610-S-4R-for-Fighting-Fraud.pdf>.

Módulo 10 del Aula de los CMS: Prevención del Fraude y Abuso en Medicare y Medicaid: Esta herramienta de aprendizaje individual, que cada uno puede utilizar a su propio ritmo, cubre estrategias para la prevención, detección, reporte y recuperación del fraude y abuso en Medicare y Medicaid. Consulte el Anexo A para obtener descripciones y enlaces a todos los Módulos del Aula de los CMS disponibles.

Notas

- _____
- _____
- _____

The slide features the CMS NTP logo at the top left. The title 'Recuerde las 4 R' is centered at the top. Below it, a large graphic for '4R's' is displayed, with 'Registre' and 'Reporte' on the left and 'Revise' and 'Recuerde' on the right. A small image of a man and woman looking at a document is in the center. Text below the graphic includes 'Para combatir el fraude a Medicare', 'Guía de la persona', 'Guía de lo que contiene el fraude y el desvío a Medicare', and 'Producto de los CMS N.º 11610'. The bottom section shows four blue circles numbered 1 through 4, each containing one of the '4R's'. The circles are connected by arrows pointing from left to right. The text 'Julio de 2017' is at the bottom left, 'Medicare101' is at the bottom center, and '91' is at the bottom right.

La primera R: Registre



Elija de las opciones de respuestas. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Opciones de respuesta: fechas, recibos, la Patrulla Medicare de Adultos Mayores (SMP), pruebas.

Registre las _____ de las citas con el médico en un calendario. Anote los _____ y servicios que recibe y guarde los _____ y declaraciones de sus proveedores. Si necesita ayuda para registrar las fechas y servicios, pregunte a un amigo o familiar.

Comuníquese con su programa local de _____ para obtener un "Diario Personal para el Cuidado de Salud" gratis.

Si desea encontrar un programa de SMP en su área: utilice el localizador de SMP en smpresource.org, o llame al 1-877-808-2468.

Notas

- _____
- _____
- _____



2. Revise

- Revise que sus “Avisos de Resumen de Medicare” (MSN) coincidan con sus registros.
 - Compare los datos y servicios de su calendario con su MSN para asegurarse de haber recibido cada uno de los servicios listados y que todos los detalles sean correctos.
 - Obtenga ayuda de su programa SMP local para controlar errores o sospechas de fraude en sus MSN.
- Para revisar sus reclamaciones de Medicare, visite MyMedicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY: 1-877-486-2048
- Si tiene un plan Medicare Advantage (como HMO o PPO) o el plan de Medicare para Recetas Médicas, llame a su plan para obtener más información sobre una reclamación.

Julio de 2017

Medicare101

93



**Circule la
Respuesta**

Donde haya texto subrayado, marque con un círculo la palabra o frase correcta. Consulte las respuestas en el Anexo C.

La segunda R: Revise

Busque signos de fraude, incluidas reclamaciones que usted no reconoce en sus Avisos de Resumen de Medicare (MSN). Asimismo, esté atento a anuncios o llamadas telefónicas de compañías que ofrecen artículos o servicios gratis a personas con Medicare.

Compare los datos y servicios de su calendario con su MSN para asegurarse de haber recibido (cada servicio o la mayoría de los servicios) listados y que (todos o la mayoría de) los detalles sean correctos. Si encuentra elementos listados en sus reclamaciones de los cuales no tiene registro, es posible que a usted o a Medicare se les hayan facturado servicios o elementos que usted no recibió.

Para revisar sus reclamaciones de Medicare: Visite MyMedicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY: 1-877-486-2048. Si tiene un plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) o el Plan de Medicare para Medicamentos Recetados, llame a (Medicare o su plan) para obtener más información sobre una reclamación.

Para obtener ayuda: Obtenga ayuda de su programa local de Patrulla Medicare de Adultos Mayores para controlar errores o sospechas de fraude en sus MSN.

Notas

- _____
- _____
- _____



3. Reporte

- Reporte casos de sospecha de fraude contra Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY: 1-877-486-2048
- Cuando use el sistema telefónico automatizado, tenga su tarjeta Medicare a mano y hable claramente o introduzca su número y letra(s) de Medicare.
- También puede reportar un fraude a la Oficina del Inspector General, visite OIG.hhs.gov/fraud/report-fraud o llame al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477), TTY: 1-800-377-4950
- Si identifica errores o sospecha de fraude, la SMP también puede ayudarle a efectuar una denuncia a Medicare.

Julio de 2017

Medicare 101

94

La tercera R: Reporte



**Circule la
Respuesta**

Consulte las respuestas en el Anexo C.

¿Cómo debe reportar una sospecha de fraude?

- a. Comuníquese con la Oficina del Inspector General
- b. Solicite a su programa local de Patrulla Medicare de Adultos Mayores (SMP) que le ayude a reportarlo
- c. Llame al 1-800-MEDICARE
- d. Cualquiera de las opciones anteriores

Hay tres formas de reportar una sospecha de fraude contra Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cuando use el sistema telefónico automatizado, tenga su tarjeta Medicare a mano y hable claramente o introduzca su número y letra(s) de Medicare.

Comuníquese con la Oficina del Inspector General. Visite OIG.hhs.gov/fraud/report-fraud o llame al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). TTY: 1-800-377-4950.

Solicite ayuda a la SMP. Si identifica errores o sospecha de fraude, la SMP puede ayudarle a efectuar una denuncia a Medicare.

Notas

- _____
- _____
- _____

**CMS
NTP
NATIONAL**

4. Recuerde

- Proteja su número de Medicare.
 - Nunca lo entregue, salvo a su médico u otro proveedor de servicios de salud, o a un representante de Medicare que esté buscando información para usted.
 - Nunca entregue su número de Medicare a cambio de una oferta especial.
 - Nunca deje que alguien use su tarjeta Medicare y nunca use la tarjeta de otra persona.
 - Medicare no lo llamará repentinamente ni se presentará en su hogar para venderle algo.

Julio de 2017 Medicare 101 93



La cuarta R: Recuerde



Seleccione Sí o No. Consulte las respuestas en el Anexo C.

Es aceptable que le proporcione su número de Medicare a las siguientes personas:

1. Un amigo casual (Sí o No)
2. Su médico (Sí o No)
3. Una persona que llama con una oferta especial (Sí o No)
4. Un vendedor que se presenta en su hogar (Sí o No)

Proteja su número de Medicare.

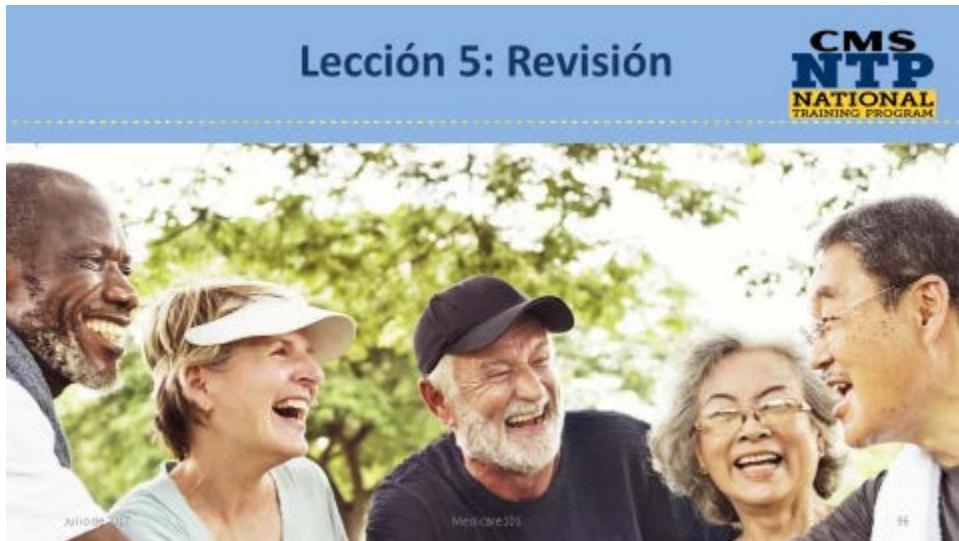
- Nunca lo entregue, salvo a su médico u otro proveedor de servicios de salud.
- Nunca entregue su número de Medicare a cambio de una oferta especial.
- Nunca deje que alguien use su tarjeta Medicare y nunca use la tarjeta de otra persona.
- Medicare no lo llamará repentinamente ni se presentará en su hogar para venderle algo.

Notas

- _____
- _____
- _____

Lección 5: Revisión

[Diapositiva 96]



Ahora que ya conoce los conceptos básicos de Medicare, las opciones de cobertura, la coordinación de beneficios y cómo luchar contra el fraude, los desperdicios y el abuso, ¡realicemos una revisión interactiva!

**CMS NTP
NATIONAL**

¡Revisemos lo que hemos aprendido!

1. Lance el dado y avance.
2. Cuando caiga en una casilla, tome una carta. (Si cae en un ícono, tome una carta de especialidad).
 - Si responde correctamente, pase el dado.
 - Si responde incorrectamente, retroceda una casilla y luego pase el dado.
4. Deberá lanzar la cantidad exacta de casillas que necesita para terminar y los equipos deberán continuar lanzando el dado y respondiendo las preguntas hasta que lo logren.
5. La primera mesa en llegar al FINAL gana el juego.

Julio de 2017

Medicare101

97

Elijan un moderador



¡Grite cuando termine!

¡Revisemos lo que hemos aprendido!

Revisemos lo que hemos aprendido al jugar un juego. Este juego puede usarse para entrenar a otras personas y enseñarles a las personas con Medicare sobre su cobertura.

Instrucciones

1. Lance el dado.
2. Avance la cantidad de casillas que indica el dado.
3. Cuando caiga en una casilla, tome una carta.
4. Si responde la pregunta correctamente, la siguiente persona lanza el dado. Si responde incorrectamente, obtenga la respuesta del moderador de la mesa y retroceda una casilla antes de que la siguiente persona lance el dado.
5. Cuando caiga en una casilla con un ícono, seleccione una carta de especialidad. Si responde correctamente, la siguiente persona lanza el dado. Si responde incorrectamente, obtenga la respuesta del moderador de la mesa y retroceda una casilla antes de que la siguiente persona lance el dado.
6. Deberá obtener la cantidad exacta de casillas que necesita para alcanzar la meta FINAL. Cada jugador deberá continuar lanzando el dado y respondiendo una pregunta hasta que un jugador obtenga la cantidad exacta para alcanzar la meta FINAL y responda la pregunta correctamente. Si un jugador responde incorrectamente, deberá obtener la respuesta del moderador de la mesa y retroceder una casilla antes de que la siguiente persona lance el dado.
7. La primera mesa en llegar al FINAL gana el juego.
8. ¡Grite cuando termine!

El juego de mesa y las cartas de preguntas de la revisión pueden descargarse de <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/National-Training-Program-Resources.html>. Seleccione Actividades de aprendizaje de Medicare.



Esta capacitación es suministrada por

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
Programa de Capacitación Nacional de los CMS (NTP)

Para ver todos los materiales de capacitación del NTP
disponibles,

O para suscribirse a nuestra lista por correo electrónico, visite
CMS.gov/outreach-and-education/training/CMSNationalTrainingProgram.

Manténgase conectado.
Contáctenos en training@cms.hhs.gov, o
síganos en @CMSPGov #CMSNTP

Anexo A: Recursos

Este anexo contiene enlaces a los recursos que le ayudarán a usted y a otros a comprender mejor Medicare. Incluye lo siguiente:

1. Módulos del Aula de Medicare (Lista con comentarios y enlaces): páginas A2 a A3
2. Recursos informativos de Medicare (Lista anotada con enlaces): páginas A4 a A8
3. Buscador de planes 2016/2017 Escenarios de capacitación (Mencionados en la Lección 2 de Medicare 101): página A-9

Módulos del Aula de Medicare

Los Módulos del Aula de Medicare que se mencionan a continuación son herramientas de aprendizaje individual, que cada uno puede utilizar a su propio ritmo, para socios, informadores y capacitadores que comparten información detallada sobre el programa de Medicare con las personas que tienen Medicare. Los módulos incluyen presentaciones en PowerPoint para capacitar a los capacitadores, que pueden adaptarse y vienen con notas, cuadernillos de trabajo y escenarios de casos de trabajo.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Classroom-Modules.html>

Medicare 101: Medicare y las decisiones que las personas deben tomar cuando seleccionan una opción de Medicare.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Understanding-Medicare-Medicare-101.html>

1 – Comprender Medicare: Cobertura de Hospital (Parte A), Seguro Médico (Parte B) y Medicare Advantage (Parte C), Medicamentos Recetados (Parte D) en Medicare.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Understanding-Medicare-Medicare-101.html>

2 – Derechos y protecciones Medicare: Derechos de los beneficiarios.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Medicare-Rights-Protections.html>

3 – Medigap: Pólizas de seguro suplementario que pagan determinados costos para el cuidado de salud del beneficiario que no están cubiertos por Medicare.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Medigap.html>

5 – Coordinación de Beneficios: Responsabilidad de pago cuando las personas tienen Medicare y ciertos otros tipos de cobertura de salud y/o para medicamentos recetados.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Coordination-Benefits.html>

6 – Medicare para personas con ESRD: Para beneficiarios que tiene derecho a recibir Medicare por enfermedad renal en etapa terminal o una incapacidad.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Medicare-ESRD.html>

7 – Servicios Preventivos de Medicare: Servicios cubiertos por Medicare que ayudan a las personas con Medicare a vivir vidas más largas y sanas, incluido por qué los servicios preventivos son importantes y quiénes son elegibles.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Medicare-Preventive-Services.html>

8 – Recursos del Programa de los CMS: Materiales de los CMS y la Administración del Seguro Social, así como regulaciones para complementar la información proporcionada en los Módulos de Medicare.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/CMS-Program-Resources.html>

9 – Cobertura de la Parte D de Medicare para Medicamentos Recetados: Información básica sobre la cobertura de Medicare para medicamentos recetados.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Medicare-Prescription-Drug-Coverage.html>

10 – Prevención del fraude y abuso contra Medicare y Medicaid: Estrategias de prevención, detección, denuncia y recuperación del fraude y abuso contra Medicare y Medicaid.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Fraud-Abuse-Prevention.html>

11 – Planes Medicare Advantage: Descripción general de los planes Medicare Advantage, que incluye puntos tales como quién puede unirse, cuándo unirse, cómo funciona el plan y qué es lo que paga. Se trata de una lección detallada sobre directrices de comercialización y las formas en que los planes de salud pueden o no pueden comercializar sus planes.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Medicare-Advantage-Plans.html>

12 – Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños: Para personas con ingresos y recursos limitados, incluidos Medicaid, programas de Ahorros de Medicare, Programa de Seguro Médico para Niños y cobertura en los territorios de los EE. UU.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Medicaid-CHIP.html>

13– Medicare para personas con una incapacidad: Los temas incluyen la elegibilidad para los programas del Seguro Social, la elegibilidad e inscripción en Medicare, las opciones de los planes de Medicare, las pólizas de Medigap, Medicaid, ayuda para pagar los costos para el cuidado de salud y las fuentes de información adicional.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Medicare-Modules/Medicare-Programs-People-Disabilities.html>

Recursos de Información de Medicare

Calificaciones de plan de 5 estrellas

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2014-5-Star-Plan-Ratings-Overview-Job-Aid.pdf>

Este documento del Programa de Capacitación Nacional de los CMS explica las calificaciones de los planes, incluida la información sobre los aspectos que miden, cómo conocer más acerca de ellos, el Período Especial de Inscripción de 5 estrellas y consideraciones importantes sobre la cobertura para medicamentos recetados al cambiar de planes.

Cambiar del Mercado a Medicare

<https://www.cuidadodesalud.gov/es/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare/index.html>

Este sitio web de CuidadoDeSalud.gov brinda información sobre el cambio de un plan del Mercado a Medicare una vez que comienza su cobertura.

Selección de una póliza de Medigap: Guía del Seguro Médico para Personas con Medicare

<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02110-S-Medicare-Medigap.guide.pdf>

Esta guía de los CMS incluye información importante acerca de las pólizas del Seguro Suplementario de Medicare (Medigap), lo que cubren las pólizas de Medigap, sus derechos para comprar una póliza de Medigap y cómo comprar una póliza de Medigap.

Programa de Capacitación Nacional (N|TP) de los CMS

<https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html>

Este sitio web brinda un resumen de los recursos que se ofrecen a través del Programa de Capacitación Nacional de los CMS, incluidos módulos para el aula, herramientas de trabajo, eventos en línea, productos multimedia y talleres de capacitación para el capacitador.

Código Electrónico de Regulaciones Federales

https://ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?SID=4197918d7a58c79361d4f698fa25219e&mc=true&node=se42.2.411_120&rgn=div8

Esta sección del Código Electrónico de Regulaciones Federales (42 C.F.R., Capítulo IV, Sección 411.20, párrafo 2) incluye información sobre exclusiones de Medicare y limitaciones en el pago de Medicare.

Asistente para Quejas de la Comisión Federal de Comercio

<https://www.ftccomplaintassistant.gov/#&panel1-1>

Puede usarse el Asistente para Quejas de la Comisión Federal de Comercio para denunciar un robo de identidad. También puede llamar al 1-877-FTC-HELP (1-877-382-4357).

Cuentas de Ahorros Médicos y otros planes con ventajas tributarias

<https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p969.pdf>

Este documento del IRS incluye información importante para que tenga en cuenta si tiene una Cuenta de Ahorros Médicos.

Cómo cancelar su plan del Mercado

<https://www.cuidadodesalud.gov/es/how-to-cancel-a-marketplace-plan/>

Cómo comparar las pólizas de Medigap

<https://es.medicare.gov/supplement-other-insurance/compare-medigap/compare-medigap.html>

Este sitio web de Medicare.gov brinda información sobre cómo comparar las pólizas de Medigap e incluye un cuadro que ilustra información básica acerca de los distintos beneficios que cubren las pólizas de Medigap.

Cómo funciona una cobertura de Medicare para Medicamentos Recetados con un plan Medicare Advantage o un plan de Costos Medicare

<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11135-S-Prescription-Drug-Coverage-with-MA-MCP.pdf>

Este documento de los CMS explica las dos maneras de obtener cobertura de Medicare para medicamentos recetados: inscribiéndose a un Plan Medicare para Medicamentos Recetados o a un Plan Medicare Advantage.

Introducción al Aviso de febrero de planes identificados como deficientes

https://www.cms.gov/Medicare/Eligibility-and-Enrollment/MedicareMangCareEligEnrol/Downloads/Feb2015_LPI_Notify_CMS-11633.pdf

Se envía este aviso a las personas que se han inscrito recientemente en un plan que se ha identificado como deficiente, para darles la oportunidad única de cambiarse a un plan con mejor calificación. Se envía en febrero e incluye consideraciones importantes sobre opciones de planes y los pasos que deben seguir.

Inscripción a un Plan Médico o de Medicamentos

<https://es.medicare.gov/sign-up-change-plans/when-can-i-join-a-health-or-drug-plan/when-can-i-join-a-health-or-drug-plan.html>

Este sitio web de Medicare.gov brinda información acerca de cómo inscribirse y hacer cambios a la cobertura para su plan Medicare Advantage (Parte C) y/o la cobertura de Medicare para Medicamentos Recetados (Parte D).

Módulos del Aula de Medicare

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Classroom-Modules.html>

Consulte la primera sección de este anexo para una lista con comentarios de estas herramientas de aprendizaje en línea, con enlaces a los distintos módulos.

Aviso de observación de paciente ambulatorio de Medicare (MOON)

<https://www.cms.gov/medicare/medicare-general-information/bni/>

El MOON es un aviso estándar para informar a las personas con Medicare (incluidos los inscritos en el plan médico) que son pacientes ambulatorios y reciben servicios de observación y que no son pacientes internados de un hospital ni de un hospital de acceso crítico. El MOON puede descargarse de este sitio web de los CMS.

Medicare y otros beneficios médicos: Su guía para saber quién paga primero

<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02179-S-Medicare-Coordination-Benefits.pdf>

Esta guía de los CMS explica cómo funciona Medicare con otros tipos de cobertura, quién debe pagar sus facturas en primer lugar y dónde puede obtener más ayuda.

Medicare y usted: distintas partes de Medicare

<https://www.youtube.com/watch?v=9w4n5M18fto&feature=youtu.be>

Este video de los CMS incluye información importante acerca de las distintas partes de la cobertura de Medicare.

Importes de Medicare

https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2017_Medicare-Amounts-Job-Aid.pdf

Esta página del Programa de Capacitación Nacional de los CMS tiene un enlace a un documento que proporciona los importes actuales de Medicare para la Parte A, Parte B y Parte D.

Cobertura de Medicare para cuidados en un Centro de Enfermería Especializada

<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10153-S-Medicare-Coverage-Skilled-Nursing-Faci.pdf>

Este documento de los CMS explica el cuidado en un Centro de Enfermería Especializada que cubre Medicare, sus derechos y protecciones y dónde puede obtener ayuda para sus preguntas.

Buscador de planes de Medicare

<https://www.medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx?language=Spanish>

Este sitio web de Medicare.gov le permite realizar una búsqueda general o personalizada de un plan de Medicare.

Prima mensual para los planes de medicamentos

<https://es.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html>

Este sitio web de Medicare.gov explica las primas mensuales para los planes de medicamentos e incluye información sobre cómo coordinar la deducción automática de su prima y los costos de la Parte D.

Contactos del Contratista para la Integridad del Uso de los Medicamentos de la Integridad de Beneficios Nacional (NBI MEDIC)

<http://healthintegrity.org/contact-us/nbi-medic-contacts.html>

Contacto de NBI MEDIC para denunciar fraudes relacionados con la Parte C o la Parte D de Medicare.

<https://www.justice.gov/opa/pr/obama-administration-announces-ground-breaking-public-private-partnership-prevent-health-care>

Este comunicado de prensa de 2012 del Departamento de Justicia de los Estados Unidos anunció una iniciativa conjunta entre el gobierno federal, funcionarios estatales, varias organizaciones principales de seguros médicos privados y otras organizaciones para prevenir el fraude en la atención médica.

Conjunto de herramientas del Buscador de planes

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/National-Training-Program-Resources.html>

El conjunto de herramientas del Buscador de planes de los CMS ofrece recursos para ayudarle a navegar en el Buscador de planes de Medicare. Puede descargar una presentación en PowerPoint con instrucciones paso a paso, así como lecciones de video para acceder al Buscador de planes.

Cómo denunciar fraude

<https://es.medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/report-fraud/reporting-fraud.html>

Este sitio web de Medicare.gov brinda información sobre cómo identificar y denunciar sospechas de fraude.

Beneficios de retiro

<https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10035.pdf>

Este documento de la Administración del Seguro Social brinda información básica sobre los beneficios de retiro del Seguro Social, que incluye cómo califica usted para los beneficios del Seguro Social, cómo sus ingresos y edad pueden afectar sus beneficios, qué debe tener en cuenta para decidir cuándo jubilarse y por qué no debe basarse en el Seguro Social para todos sus ingresos de retiro.

Planificador de retiro: Planifique su retiro

<https://www.ssa.gov/planners/retire/index.html>

Este sitio web de la Administración del Seguro Social brinda información detallada sobre los beneficios de retiro del Seguro Social y le ayuda a planificar su futuro, ya sea que esté buscando información o esté próximo a su edad de retiro.

Planificador de retiro: Cómo solicitar solo Medicare

<https://www.ssa.gov/planners/retire/justmedicare.html>

El sitio web de la Administración del Seguro Social incluye consideraciones importantes para decidir si inscribirse a Medicare solamente y explica cómo puede afectarle si espera para iniciar la solicitud para los beneficios de retiro.

Patrulla Medicare de Adultos Mayores (SMP)

<https://www.smpresource.org/>

Este sitio web le ayuda a encontrar un programa de SMP en su área. Las SMP tienen por objeto prevenir el fraude contra Medicare a través de actividades de divulgación y educación, la convocatoria a voluntarios y la recepción de quejas de los beneficiarios.

Localizador de la Oficina del Seguro Social

<https://secure.ssa.gov/ICON/main.jsp>

Este sitio web le ayuda a encontrar su oficina local del Seguro Social. Debe inscribirse al Seguro Social si no está inscrito automáticamente en la Parte A y la Parte B.

Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

<https://www.shiptacenter.org/>

Los SHIP ofrecen asesoramiento y asistencia gratuitos para los beneficiarios de Medicare. Este sitio web le permite buscar su SHIP estatal.

Directorio de Proveedores

<https://es.medicare.gov/supplierdirectory/search.html>

Este sitio web de Medicare.gov le permite buscar proveedores de equipos médicos y suministros médicos, incluidos equipo médico duradero, prótesis y dispositivos protésicos, y ortóptica.

TRICARE

<https://tricare.mil/mybenefit>

Este sitio web del Departamento de Defensa de los Estados Unidos brinda información sobre TRICARE, un programa de atención médica para miembros del servicio uniformado y sus familias.

Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) de los Estados Unidos

<https://va.gov/>

Este es el sitio web para VA. Los beneficios VA son independientes de Medicare. Si tiene beneficios VA, 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.

Oficina VHA de Servicios Comunitarios

<https://www.va.gov/communitycare/>

Este sitio web del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos brinda información sobre servicios comunitarios para veteranos. Para conservar su cobertura de CHAMPVA debe tener Parte A y Parte B.

Su guía de servicios preventivos de Medicare

<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10110-S.pdf>

Este documento de los CMS explica qué es la prevención de enfermedades y por qué es importante, qué servicios preventivos cubre Medicare y con qué frecuencia, quiénes pueden obtener servicios y qué debe pagar.

Escenarios de capacitación del Buscador de Planes de 2016/2017

URL del sitio de capacitación: <https://training.medicare.gov/?ACA=wU8YVKdS3e>

Nota: Este sitio web puede cargar páginas que son mucho más lentas que la herramienta pública.

Generalmente está disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., horario del este, al menos de lunes a viernes.

Los siguientes casos de prueba (mencionados en la Lección 2 de Medicare 101) deben usarse para búsquedas personalizadas y se ofrecen como una herramienta de capacitación para algunas situaciones de los beneficiarios que pueden encontrar cuando brinde asesoramiento.

1. Jane Smith tiene Medicare Original y no recibe ningún Subsidio por Bajos Ingresos (LIS), también denominado "Ayuda Adicional".
 - Código postal: 55446
 - Número de Medicare: 111-11-1111A
 - Apellido: Smith
 - Fecha de entrada en vigencia, Parte A, febrero de 1995
 - Fecha de nacimiento: 15 de junio de 1930
2. John Stone está inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados (PDP), tiene Medicare Original y recibe un subsidio parcial.
 - Código postal: 33025
 - Número de Medicare: 333-33-3333A
 - Apellido: Stone
 - Fecha de entrada en vigencia, Parte B, abril de 2005
 - Fecha de nacimiento: lunes, abril 15, 1940
3. Tom Jones tiene Medicare Original y no recibe subsidio.
 - Código postal: 50309
 - Número de Medicare: 555-55-5555A
 - Apellido: Jones
 - Fecha de entrada en vigencia, Parte A, agosto de 1991
 - Fecha de nacimiento: 1 de agosto de 1925
4. Kathy Johnson tiene un plan Medicare Advantage y un subsidio parcial.
 - Código postal: 85018
 - Número de Medicare: 666-66-6666A
 - Apellido: Johnson
 - Fecha de entrada en vigencia, Parte B, noviembre de 1995
 - Fecha de nacimiento: 6 de septiembre de 1940
5. Dan Martin está inscrito actualmente en la Parte D y cuenta también con la inscripción a la Parte D en el futuro. Califica para un subsidio completo.
 - Código postal: 11431
 - Número de Medicare: 222-22-2222BB
 - Apellido: Martin
 - Fecha de entrada en vigencia, Parte A, agosto de 1998
 - Fecha de nacimiento: 4 de agosto de 1933

6. Tim Carpenter está inscrito actualmente en Medicare Original. No califica para un subsidio.

- 92841
- Número de Medicare: 444-44-4444A
- Apellido: Carpenter
- Fecha de entrada en vigencia, Parte A, mayo de 1992
- Fecha de nacimiento: sábado, mayo 20, 1967

Anexo B: Glosario

Asignación

Es cuando su médico o proveedor acuerdan recibir el pago directamente de Medicare, aceptan recibir el monto aprobado por Medicare como pago por los servicios cubiertos y acuerdan no facturarle a usted otra cosa que no sea el deducible o coseguro de Medicare.

Beneficios

Los artículos o servicios de atención médica cubiertos en virtud de un plan de seguro de salud. Los beneficios cubiertos y servicios excluidos se definen en los documentos de cobertura del plan de seguro de salud.

Período de beneficios

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 lo 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. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Programa de Salud Civil y Médico del Departamento de Asuntos de los Veteranos (CHAMPVA)

Beneficio de atención médica para dependientes de veteranos que califican.

Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Programa de seguro financiado en forma conjunta por el gobierno federal y estatal, que brinda cobertura de salud a niños de bajos ingresos y, en algunos estados, mujeres embarazadas en familias que tienen ingresos demasiado altos para calificar para Medicare pero que no tienen suficientes ingresos para comprar una cobertura de seguro médico privado.

Reclamación

Solicitud de pago que presenta a Medicare u otro seguro de salud cuando recibe artículos y servicios que usted cree que están cubiertos.

Coseguro

Cantidad que usted tiene que pagar como su parte del costo por servicios, después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo: 20 %).

Este glosario de términos seleccionados incluye los términos que se mencionan en el cuadernillo de trabajo. Puede obtener un glosario integral de los términos de Medicare en <https://www.medicare.gov/glossary/a.html>.

Coordinación de Beneficios

Una manera de determinar quién paga primero cuando 2 o más planes de seguro de salud son responsables de pagar la misma reclamación médica.

Copago

Cantidad que posiblemente deba pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como una consulta al médico, una visita como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. En general, un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Costo compartido

Cantidad que posiblemente deba pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como una consulta al médico, una visita como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Este monto puede incluir copagos, coseguros y/o deducibles.

Brecha de cobertura (cobertura de Medicare para medicamentos recetados)

Período de tiempo en el que paga un costo compartido más alto por los medicamentos recetados hasta que gaste lo suficiente como para calificar para la cobertura de catástrofe. La brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”) comienza cuando usted y su plan han pagado un importe en dólares establecido para medicamentos recetados durante ese año.

Cobertura acreditable (Medigap)

Cobertura de seguro médico previo que puede usarse para acortar un período de espera por una condición preexistente en virtud de la póliza de Medigap.

Hospital de acceso crítico (CAH)

Centro pequeño que brinda servicios ambulatorios y servicios para pacientes internados en forma limitada a personas de zonas rurales.

Cuidado de acompañante

Cuidado personal no especializado, por ejemplo, ayudar con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, levantarse o irse a dormir, sentarse o ponerse de pie, moverse y usar el sanitario. También podría incluir la clase de cuidado relacionado con la salud que la mayor parte de las personas hacen por sí solas, como usar gotas para los ojos. En la mayoría de los casos, Medicare Original no paga cuidado de acompañante.

Deducible

Cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Este glosario de términos seleccionados incluye los términos que se mencionan en el cuadernillo de trabajo. Puede obtener un glosario integral de los términos de Medicare en <https://es.medicare.gov/glossary/a.html>

Demostraciones

Proyectos especiales, a veces denominados "programas piloto" o "estudios de investigación" que ponen a prueba mejoras en la cobertura, el pago y la calidad de atención de Medicare. Generalmente funcionan por un plazo limitado, para un grupo de personas específico y en zonas específicas.

Equipo médico duradero

Determinado equipo médico como un andador, silla de ruedas o cama ortopédica que se pide a través de su médico para su uso en el hogar.

Enfermedad renal en etapa Terminal (ESRD)

Insuficiencia renal permanente que requiere un tratamiento de diálisis regular o trasplante de riñón.

Excepción

Tipo de determinación de cobertura de Medicare de medicamentos recetados. Una excepción al formulario es una decisión del plan de medicamentos de cubrir un medicamento que no está en su lista o de renunciar a una norma de cobertura. Una excepción a los niveles es una decisión del plan de medicamentos de cobrar un monto inferior por un medicamento que está en el nivel de medicamentos no preferidos. Usted o su médico encargado de recetas deben solicitar una excepción y su médico u otro encargado de recetas deben presentar una declaración de respaldo que explique la razón médica que justifica la excepción.

Ayuda Adicional

Programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Formulario

Lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de medicamentos recetados u otro plan de seguro que ofrece beneficios para medicamentos recetados. También denominado "lista de medicamentos".

Medicamento genérico

Un medicamento genérico tiene la misma fórmula de principios activos que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos usualmente cuestan menos que los medicamentos de marca. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) califica estos medicamentos como iguales, en términos de seguridad y efectividad, a los medicamentos de marca.

Plan de salud grupal

En general, un plan de salud ofrecido por un empleador o una organización de empleados que brinda cobertura de salud para los empleados y sus familias.

Este glosario de términos seleccionados incluye los términos que se mencionan en el cuadernillo de trabajo. Puede obtener un glosario integral de los términos de Medicare en <https://es.medicare.gov/glossary/a.html>

Proveedor de atención médica

Persona u organización habilitada para brindar atención médica. Los médicos, el personal de enfermería y los hospitales son ejemplos de proveedores de atención médica.

Cobertura de salud

Derecho legal al pago o reembolso de sus costos de atención médica, generalmente en virtud de un contrato con una compañía de seguro médico, un plan de salud grupal ofrecido en relación con un empleo o un programa del gobierno, como Medicare, Medicaid o el programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

Mercado de Seguros Médicos

Servicio que ayuda a las personas a comprar e inscribirse en seguros médicos a bajo precio. El gobierno federal administra el Mercado, disponible en CuidadoDeSalud.gov, para la mayoría de los estados. Algunos estados administran sus propios Mercados.

El Mercado de Seguros Médicos (también denominado el “Mercado” o “intercambio”) brinda servicios de compra e inscripción de planes médicos a través de sitios web, centros de llamada y ayuda en persona.

Confinado en el hogar

Estar confinado en el hogar significa que:

- tiene problemas para salir de su hogar sin ayuda (como usar bastón, silla de ruedas, andador o muletas; transporte especial o ayuda de otra persona) a causa de una enfermedad o lesión; o bien,
- no se recomienda que salga de su hogar debido a su condición, y habitualmente no puede hacerlo ya que implica un esfuerzo importante.

Puede salir del hogar para recibir tratamiento médico o por ausencias poco frecuentes y breves por motivos no médicos, como para asistir a servicios religiosos. De todos modos, podrá continuar recibiendo cuidado de salud en el hogar si asiste a una institución de cuidado de día para adultos.

Cuidado de salud en el hogar

Servicios y suministros de atención médica que un médico decide que puede recibir en su hogar, según un plan de cuidado establecido por su médico. Medicare solo cubre cuidado de salud en el hogar de manera limitada, según lo ordene el médico.

Hospicio

Manera especial de cuidar a personas que padecen una enfermedad terminal. El cuidado de hospicio implica un enfoque orientado al trabajo en equipo que se ocupa de las necesidades médicas, físicas, sociales, emocionales y espirituales del paciente. El hospicio también brinda respaldo a la familia y al cuidador del paciente.

Este glosario de términos seleccionados incluye los términos que se mencionan en el cuadernillo de trabajo. Puede obtener un glosario integral de los términos de Medicare en <https://es.medicare.gov/glossary/a.html>

Cuidados a pacientes internados

Atención médica que recibe cuando ingresa en un centro de atención médica, como un hospital o un centro de enfermería especializada.

Cuidados durante la internación

Tratamiento que recibe en hospitales de cuidado agudo, hospitales de acceso crítico, centros de rehabilitación con internación, atención de internación como parte de un estudio de investigación que cumpla los requisitos y cuidado de salud mental.

Servicios de hospital para pacientes internados

Servicios cuando lo admiten a un hospital, que incluyen cama y comida, servicios de enfermería, servicios de diagnóstico o terapéuticos y servicios médicos o quirúrgicos.

Días de reserva de por vida

En Medicare Original, estos son días adicionales que Medicare pagará cuando usted está en un hospital durante más de 90 días. Usted tiene hasta 60 días de reserva que puede utilizar durante su vida. Por cada día de reserva por día, Medicare paga todos los costos cubiertos, excepto el coseguro diario.

Cuidado a largo plazo

Servicios que incluyen atención médica y no médica que se brinda a personas que no pueden realizar actividades básicas de la vida diaria, como vestirse o bañarse. Los respaldos y servicios a largo plazo pueden brindarse en el hogar, en la comunidad, en un centro de vivienda asistida o en un asilo de ancianos. Los individuos podrían necesitar respaldos y servicios a largo plazo a cualquier edad. Medicare y la mayoría de los seguros de salud no pagan cuidados a largo plazo.

Medicaid

Programa estatal y federal conjunto que ofrece ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid.

Necesario por razones médicas

Servicios o suministros médicos necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas y que cumplen con las normas aceptadas de la medicina.

Revisión de la historia clínica

Proceso que usa una compañía de seguros para decidir, según su historia clínica, si aceptan su solicitud de seguro, si añaden un período de espera por condiciones preexistentes (si su estado lo permite) y cuánto cobrarle por dicho seguro.

Este glosario de términos seleccionados incluye los términos que se mencionan en el cuadernillo de trabajo. Puede obtener un glosario integral de los términos de Medicare en <https://es.medicare.gov/glossary/a.html>

Medicare

Programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas más jóvenes con incapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (falla renal permanente que requieren diálisis o trasplante, a veces denominada "ESRD").

Plan Medicare Advantage (Parte C)

Tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía de seguros privada que tiene un contrato con Medicare para ofrecerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B. Los planes Medicare Advantage incluyen a las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, las Organizaciones de Proveedores Preferidos, los planes privados de Pago por Servicio, los planes de Necesidades Especiales y planes de Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Si está en un Plan Medicare Advantage, la mayor parte de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan en virtud de Medicare Original. La mayoría de los Planes Medicare Advantage ofrece cobertura de medicamentos recetados.

Plan Medicare Advantage para Medicamentos Recetados (MA-PD)

Plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de Medicare para medicamentos recetados (Parte D), beneficios de la Parte A y Parte B en un plan.

Cantidad aprobada por Medicare

En Medicare Original, es la cantidad que puede recibir en pago un médico o proveedor que acepta la asignación. Incluye lo que paga Medicare y cualquier deducible, coseguro o copago que usted pague. Puede ser menor que la cantidad que le cobra su médico o proveedor.

Plan de Costos de Medicare

Tipo de plan médico de Medicare disponible en algunas áreas. En un Plan de Costos de Medicare, si recibe servicios fuera de la red del plan sin una derivación, sus servicios cubiertos por Medicare se pagarán en virtud de Medicare Original (su Plan de Costos paga los servicios de emergencia o los servicios de urgencia).

Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare

Tipo de Plan Medicare Advantage (Parte C) disponible en algunas áreas del país. En la mayoría de las HMO, usted solo puede asistir a médicos, especialistas u hospitales que figuran en la lista del plan, salvo que se trate de una emergencia. La mayoría de las HMO también requieren que usted obtenga una derivación de su médico de atención primaria.

Plan de salud de Medicare

En general, plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para ofrecerle los beneficios de las Partes A y B a las personas con Medicare inscritas en el plan. Los planes de salud de Medicare incluyen todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare y los programas de Demostración/Piloto. Las organizaciones de los Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) no son un tipo especial de plan Medicare Advantage. Los planes de PACE pueden *Este glosario de términos seleccionados incluye los términos que se mencionan en el cuadernillo de trabajo. Puede obtener un glosario integral de los términos de Medicare en <https://es.medicare.gov/glossary/a.html>*

ofrecerse a través de entidades públicas o privadas, y brindan beneficios de la Parte D y de otro tipo además de los beneficios de la Parte A y Parte B.

Planes de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare

Los planes de MSA combinan un Plan Medicare Advantage altamente deducible y una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usar el dinero de esta cuenta para pagar sus costos de atención médica pero solo se computan los gastos cubiertos por Medicare para su deducible. El importe depositado generalmente es inferior al importe de su deducible, por lo que generalmente deberá pagar de su bolsillo antes de que comience la cobertura.

Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)

La Parte A cubre las estadías en el hospital como paciente internado, el cuidado en un centro de enfermería especializada, cuidado de hospicio y algunas otras clases de atención médica en el hogar.

Parte B de Medicare (Seguro Médico)

La Parte B cubre determinados servicios médicos; cuidados ambulatorios, suministros médicos y servicios preventivos.

Plan de Medicare

Otra manera distinta de Medicare Original para obtener su cobertura médica o de medicamentos recetados de Medicare. Este término incluye todos los planes de salud de y los planes de Medicamentos Recetados de Medicare.

Plan de Organización de Proveedores

Preferidos (PPO) de Medicare

Tipo de plan Medicare Advantage (Parte C) disponible en algunas áreas del país en las que paga menos si usa los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que pertenecen a la red del plan. Puede usar los médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Cobertura de Medicare para Medicamentos Recetados (Parte D)

Beneficios opcionales para medicamentos recetados disponibles para todas las personas con Medicare por un costo adicional. Esta cobertura se ofrece a través de las compañías de seguros y otras empresas privadas aprobadas por Medicare.

Plan de Medicare para Medicamentos Recetados (Parte D)

La Parte D agrega la cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original, como Planes de Costos de Medicare, algunos planes de pago por servicio de Medicare y Planes de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare. La oferta de estos planes de medicamentos recetados está a cargo de las compañías de seguro y otras empresas privadas aprobadas por Medicare. Los Planes Medicare Advantage también podrían ofrecer cobertura de medicamentos recetados que siguiera las mismas normas que los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare.

Este glosario de términos seleccionados incluye los términos que se mencionan en el cuadernillo de trabajo. Puede obtener un glosario integral de los términos de Medicare en <https://es.medicare.gov/glossary/a.html>

Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS) de Medicare

Tipo de plan Medicare Advantage (Parte C) en el que, por lo general, puede asistir a cualquier médico u hospital que podría usar si tuviera Medicare Original, si el médico u hospital aceptan brindarle atención. El plan determina cuánto le pagará a los médicos y hospitales, y cuánto deberá pagar usted cuando obtenga atención. Un PFFS es un plan muy distinto de Medicare Original y deberá seguir las reglas del plan atentamente cuando asista para obtener servicios de atención médica. Si está en un plan PFFS, es posible que deba pagar más o menos por los beneficios cubiertos por Medicare comparado con Medicare Original.

Medicare SELECT

Un tipo de póliza de Medigap que requiere que use hospitales y, en algunos casos, médicos dentro de su red para poder ser elegible para los beneficios completos.

Plan para Necesidades Especiales (SNP)

Tipo especial de plan Medicare Advantage (Parte C) que ofrece atención médica más enfocada y especializada para determinados grupos de personas, como personas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un asilo de ancianos o que tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

Notificación de Resumen de Medicare (MSN)

Aviso que recibe una vez que el médico u otro proveedor de atención médica presenta una reclamación para servicios de la Parte A o Parte B en Medicare Original. Explica qué es lo que el médico u otro proveedor de atención médica facturaron, el importe aprobado por Medicare, cuánto paga Medicare y qué es lo que debe pagar usted.

Beneficios básicos de Medigap

Beneficios que todas las pólizas de Medigap deben cubrir, incluidos los importes de la Parte A y Parte B, sangre y beneficios de hospital adicionales que no están cubiertos por Medicare Original.

Período de Inscripción Abierta en Medigap

Período de 6 meses que se presenta una sola vez en el que la ley federal le permite comprar cualquier póliza de Medigap que desee y que se vende en su estado. Comienza el primer mes en el que está cubierto en virtud de la Parte B y cuando usted tiene 65 o más. Durante este período, se le puede rechazar una póliza de Medigap o se le puede cobrar más debido a problemas de salud antiguos o actuales. En algunos estados, puede tener derechos de inscripción abierta adicionales en virtud de las leyes estatales.

Póliza de Medigap

Seguro Suplementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir lo que no cubre la cobertura de Medicare Original.

Este glosario de términos seleccionados incluye los términos que se mencionan en el cuadernillo de trabajo. Puede obtener un glosario integral de los términos de Medicare en <https://es.medicare.gov/glossary/a.html>

Red

Los centros, proveedores y prestadores que su seguro médico o plan han contratado para prestar servicios de atención médica.

Terapia Ocupacional

Tratamiento que le ayuda a regresar a sus actividades habituales (como bañarse, preparar las comidas y hacer las tareas domésticas) después de una enfermedad.

Medicare Original

Medicare Original es un programa de salud de pago por servicio que tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico). Después de pagar el deducible, Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Costos de su bolsillo

Costos de atención médica o medicamentos recetados que usted debe pagar por su cuenta ya que no están cubiertos por Medicare ni otro seguro.

Multa

Monto agregado a su prima mensual de la Parte B o un plan Medicare para medicamentos (Parte D) si no se inscribe cuando es elegible por primera vez. Debe pagar este importe más alto siempre que tenga Medicare. Existen algunas excepciones.

Fisioterapia

Tratamiento de una lesión o enfermedad por medios mecánicos, como ejercicio, masajes, calor o tratamiento con luz.

Programas piloto

Ver “demostraciones”.

Condición preexistente

Problema de salud que usted tenía antes de que comenzara la nueva cobertura de salud.

Prima

El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros, o un plan de salud para cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos

Atención médica para prevenir enfermedad o detectar enfermedad en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento actúe mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen examen de papanicolaou, vacunas para la gripe y mamografías de detección).

Este glosario de términos seleccionados incluye los términos que se mencionan en el cuadernillo de trabajo. Puede obtener un glosario integral de los términos de Medicare en <https://es.medicare.gov/glossary/a.html>

Programas de Cobertura Total para Ancianos (PACE)

Tipo especial de plan médico que brinda toda la atención y los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid así como atención y servicios necesarios por razones médicas, según sus necesidades, tal como lo determine un equipo interdisciplinario. Los PACE brinda servicios a ancianos frágiles que necesitan servicios en asilos de ancianos, pero que pueden vivir en la comunidad. Los PACE combinan servicios de atención médica, social y a largo plazo y cobertura para medicamentos recetados.

Derivación

Una orden escrita de su proveedor de atención primaria para que consulte a un especialista o reciba un tipo de servicio médico en particular. En muchas organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), necesitará una derivación antes de poder recibir atención médica de alguien que no sea su médico de atención primaria. Si no recibe una derivación primero, el plan podría no pagar por los servicios.

Servicios de rehabilitación

Servicios de atención médica que le ayudan a conservar, recuperar o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana que se hayan perdido o visto afectados debido a que se enfermó, lastimó o quedó incapacitado. Estos servicios podrían incluir terapia física y ocupacional, servicios de terapia del habla y otros servicios para personas con incapacidades en una variedad de entornos en el hospital o ambulatorios.

Institución religiosa de cuidados de la salud no médicos

Centro que brinda artículos y servicios de atención de la salud no médicos a personas que necesitan cuidados de hospital o de un centro de enfermería especializada, pero para quienes tales cuidados podrían ser incompatibles con sus creencias religiosas.

Pagador secundario

Póliza de seguro, plan o programa que paga en segundo lugar una reclamación de atención médica. Puede tratarse de Medicare, Medicaid u otro seguro, según la situación.

Área de servicios

Área geográfica en la que un plan de seguro médico acepta miembros si restringe la membresía al lugar de residencia de las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área a donde puede ir para obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su membresía si se muda del área de servicios del plan.

Cuidado de enfermería especializada

Atención como aplicación de inyecciones intravenosas que solo pueden administrar el personal de enfermería registrado o un médico.

Este glosario de términos seleccionados incluye los términos que se mencionan en el cuadernillo de trabajo. Puede obtener un glosario integral de los términos de Medicare en <https://es.medicare.gov/glossary/a.html>

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)

Servicios de cuidado y rehabilitación de enfermería especializada que se proporcionan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada (SNF).

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Prestador

En términos generales, una compañía, persona o agencia que le brinda un artículo o servicio médico, excepto cuando está internado en un hospital o centro de enfermería especializada.

TRICARE

Programa de atención médica para miembros de servicios uniformados en servicio activo y jubilados y sus familias.

TRICARE For Life (TFL)

Cobertura médica ampliada disponible para personas jubiladas de los servicios uniformados elegibles para Medicare de 65 años o más, los miembros elegibles de la familia y sobrevivientes, y a ciertos ex cónyuges.

TTY

Un TTY (teletipo) es un dispositivo de comunicación usado por las personas sordas, con dificultades auditivas o que tienen dificultades graves del habla. Las personas que no tienen un TTY pueden comunicarse con un usuario de TTY a través de un centro de transmisión de mensajes (MRC). Un MRC tiene operadores de TTY disponible para enviar e interpretar mensajes de TTY.

Seguro de Accidentes de Trabajo

Un plan de seguro que los empleadores están obligados a tener para cubrir a los empleados que se enferman o que sufren una lesión en el trabajo.

Este glosario de términos seleccionados incluye los términos que se mencionan en el cuadernillo de trabajo. Puede obtener un glosario integral de los términos de Medicare en <https://es.medicare.gov/glossary/a.html>

Anexo C: Respuestas

Lección 1

pág. 1-2

¿Qué es Medicare?

Complete los espacios

1, 65, 24

pág. 1-4

Agencias responsables de Medicare

Complete los espacios

la mayoría, inscribir, Oficina de Administración de Personal, se encargan

pág. 1-5

Las 4 partes de Medicare

Juego de correspondencia

Parte A—Seguro de Hospital, Parte B—Seguro Médico, Parte C—Medicare Advantage, Parte D—Cobertura de Medicare para Medicamentos Recetados

pág. 1-7

Medicare Original: ¿Qué cubre la Parte A?

Complete los espacios

190, 2

pág. 1-10

Resumen de los costos de la Parte A para 2017

Juego de correspondencia

1-b, 2-c, 3-a

pág. 1-12

¿Es usted un paciente internado o ambulatorio?

Marque la respuesta con un círculo
día anterior, 2, no tiene, puede, 36

pág. 1-14

Compruebe sus conocimientos: Paciente internado/ambulatorio (Jim)

Verdadero o Falso

Falso. A Jim lo admitieron recién el tercer día. Si bien pasó 5 días (4 noches) en el hospital, solo se cuentan 3 como paciente internado. Sus primeros 2 días se facturarán como paciente ambulatorio y, los últimos 3, como paciente internado.

pág. 1-15

Cuidado en un Centro de Enfermería

Especializada: Condiciones requeridas para la cobertura

Marque la respuesta correcta con un círculo
debe, no incluye, más, 30, debe, debe

pág. 1-18

Pago por el Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada

Juego de correspondencia

1-c; 2-d; 3-b; 4-a

pág. 1-20

Períodos de Beneficios en Medicare Original

Marque la respuesta con un círculo

1—el día en que, 2—60, 3—después, 4—Parte A, 5—no hay, 6—pueden

pág. 1-21

Compruebe sus conocimientos: Períodos de Beneficios (Michael)

Verdadero o Falso

Falso. Michael únicamente pagó un deducible de la Parte A debido a que no transcurrieron 60 días o más entre sus internaciones. Además, los períodos de beneficios pueden extenderse a través de años calendario.

pág. 1-22

Cobertura del Cuidado de salud en el hogar

Verdadero o Falso

1—Falso: Habitualmente, una agencia de cuidados de la salud en el hogar coordina los servicios que su médico le indica 2— Verdadero, 3— Falso

pág. 1-23, 1-24

Cinco condiciones requeridas para la cobertura del cuidado de salud en el hogar

Marque la respuesta con un círculo

1—solo una, 2—especializado, 3—especializado, 4—30, 5—debe

pág. 1-25

Pago del cuidado de salud en el hogar

Marque la respuesta con un círculo
no paga nada, Medicare, 60

pág. 1-26

Compruebe sus conocimientos: ¿Está confinada en el hogar? (Matsu)

Verdadero o Falso

Verdadero. Puede salir del hogar para recibir tratamiento médico o por ausencias poco frecuentes y breves por motivos no médicos, como para asistir a servicios religiosos. De todos modos, podrá continuar recibiendo cuidado de salud en el hogar si asiste a una institución de cuidado de día para adultos.

pág. 1-27

¿Qué es el cuidado de hospicio?

Verdadero o Falso

1–Falso, 2–Falso: Debe firmar una declaración de elección que determine que usted elige el cuidado de hospicio, 3–Verdadero.

pág. 1-30

Pago del cuidado de hospicio

Marque la respuesta con un círculo
\$5, 5%, \$7.50, estén, no estén

pág. 1-33

Parte B: Lo que paga en 2017

Juego de correspondencia
1–d, 2–b, 3–a, 4–c

1-36

Pago de la prima de la Parte B

Verdadero o Falso

1–Falso. Los empleados federales retirados deberán llamar a la Oficina de Administración de Personal. 2–Falso. Medicare factura a las personas cada 3 meses si sus pagos por retiro no son suficientes para permitir que se deduzca la prima de la Parte B de sus pagos de beneficios mensuales.

1-37

Consideraciones de costos de la Parte B

Marque la respuesta con un círculo
pueden, mientras tenga la Parte B, 1 de julio

pág. 1-41

Compruebe sus conocimientos N.º 1: ¿Parte A o Parte B?

Complete los espacios
B

pág. 1-42

Compruebe sus conocimientos N.º 2: ¿Parte A o Parte B?

Complete los espacios
A

pág. 1-43

Compruebe sus conocimientos N.º 3: ¿Parte A o Parte B?

Complete los espacios
B

pág. 1-44

Compruebe sus conocimientos N.º 4: ¿Parte A o Parte B?

Marque la respuesta con un círculo
no está

pág. 1-47

Inscripción en Medicare

Verdadero o Falso
1–Verdadero; 2–Falso; 3–Verdadero

pág. 1-48

¿Por qué es importante inscribirse a tiempo?

Marque la respuesta con un círculo
más, 10%, años

pág. 1-50

Deberá tomar acción para inscribirse en Medicare cuando no sea automática

Marque la respuesta con un círculo
4, 65, 3, 67, 62, 67

pág. 1-52

Período de Inscripción Inicial (IEP) en Medicare

Juego de correspondencia
1–c, 2–a, 3–b

pág. 1-58

Compruebe sus conocimientos: Períodos de Inscripción

Marque la respuesta con un círculo

a– Deberás esperar hasta el próximo Período de Inscripción General (1 de enero al 31 de marzo).

No puede inscribirse para la Parte A o Parte B durante el OEP (15 de octubre al 7 de diciembre).

pág. 1-59

Inscripción automática basada en incapacidad

Marque la respuesta con un círculo

24, 5, 5, primer

pág. 1-64

Cuándo comienza la cobertura para personas con ESRD

Marque la respuesta con un círculo

primer, cuarto, 12, 3, primer, 2

Lección 2

pág. 2-2

Sus 2 opciones principales de cobertura de Medicare

Juego de correspondencia

1–b, 2–a, 3–c

pág. 2-3

Medicare Original

Complete los espacios

A, B, Medigap, D

pág. 2-4

Asegurador Suplementario de Medicare (Medigap)

Verdadero o Falso

1–Verdadero, 2–Falso, 3–Falso, 4–Verdadero

pág. 2-5

Planes Medigap: beneficios básicos

Verdadero o Falso

1–Falso, 2–Falso

pág. 2-6

Planes Medigap: diferencias en las pólizas

Marque la respuesta con un círculo

2010; iguales; el costo es; A; pueden;

Massachusetts, Minnesota y Wisconsin

pág. 2-8

Costos de Medigap

Complete los espacios

primas, edad, dónde vive, compañía, no fumadores, historia clínica, menos, Plan F

pág. 2-9

Compruebe sus conocimientos: Pólizas de Medigap

Marque la respuesta con un círculo

b – Depende del estado en el que usted viva.

pág. 2-10

Cuándo puede adquirir una póliza de Medigap

Marque la respuesta con un círculo

1–Verdadero; 2–Verdadero, 3–Falso

pág. 2-14

Parte D–Cantidad de ajuste mensual acorde al ingreso (Parte D–IRMAA)

Marque la respuesta con un círculo

\$85,000, \$170,000, 2, además, IRMAA

pág. 2-15

Consideraciones de la Parte D de Medicare

Marque la respuesta con un círculo

A, B, no pagará, inscribirse, deben, deben cubrir, 2 medicamentos

pág. 2-17

¿Qué es la Ayuda Adicional?

Verdadero o Falso

1–Verdadero, 2–Falso, 3–Falso, 4–Verdadero

pág. 2-22

¿Quiénes pueden inscribirse para la Parte D?

Verdadero o Falso

1–Falso, 2–Verdadero, 3–Falso

pág. 2-23	pág. 2-33
Cuándo puede unirse o cambiar de plan	Cuándo pueden unirse o cambiar de planes
Verdadero o Falso	Medicare Advantage
1–Verdadero, 2–Falso, 3– Falso, 4–Falso	Verdadero o Falso
	1–Verdadero, 2–Verdadero
pág. 2-25	pág. 2-35
Período Especial de Inscripción para inscribirse o cambiar al Plan de la Parte D	Cuándo pueden dejar los planes Medicare Advantage
Marque la respuesta con un círculo	Marque la respuesta con un círculo
8, 2	14 de febrero, primer, no puede, se cancelará
pág. 2-26	pág. 2-38
Planes Medicare Advantage (Parte C)	Pólizas de Medigap comparadas con los planes Medicare Advantage
Marque la respuesta con un círculo	Marque la respuesta con un círculo
la Parte A y Parte B, no puede, no puede	no funcionan, no pagan, debe
pág. 2-27	pág. 2-41
Tipos de planes Medicare Advantage (Parte C)	El Mercado y cómo ser elegible para Medicare
Juego de correspondencia	Marque la respuesta con un círculo
1–d, 2–b, 3–c, 4–f, 5–c, 6–e	sin, el total, 3, no será, julio
pág. 2-29	pág. 2-42
Cómo funcionan los planes Medicare Advantage	Compruebe sus conocimientos: Medicare/Mercado (Maxine)
Juego de correspondencia	Verdadero o Falso
1–b, 2–c, 3–a	Falso

Lección 3

pág. 3-2	pág. 3-4
¿Qué es la Coordinación de Beneficios?	¿Cuándo es Medicare el Pagador Primario?
Marque la respuesta con un círculo	Marque la respuesta con un círculo
beneficios, beneficios	la mayoría de, primero
pág. 3-3	pág. 3-5
¿Qué determina si Medicare paga en primer lugar, en segundo lugar, o no debe pagar nada?	¿Cuándo es Medicare el Pagador Secundario?
Marque la respuesta con un círculo	Verdadero o Falso
no tiene, tenga, tienen	1–Falso, 2–Falso, 3–Verdadero

Lección 4

pág. 4-2

¿Se trata de fraude, desperdicios o abuso?

¿Cuál es la diferencia?

Juego de correspondencia

1–d, 2–c, 3–a, 4–b

pág. 4-5

Recuerde las 4 R

Complete los espacios

1–Registrar, 2–Revisar, 3–Reportar, 4–Recordar

pág. 4-6

La primera R: Registre

Complete los espacios

fechas, exámenes, recibos, la Patrulla Medicare de

Adultos Mayores (SMP)

pág. 4-7

La segunda R: Revise

Complete los espacios

cada servicio, todos, su plan

pág. 4-8

La tercera R: Reporte

Marque la respuesta con un círculo

d– Cualquiera de las opciones anteriores

pág. 4-9

La cuarta R: Recuerde

Marque la respuesta con un círculo

1–No, 2–Sí, 3–No, 4–No

Anexo D: Guía de referencia rápida

Este anexo incluye gráficos informativos y cuadros sobre cuestiones y preguntas frecuentes de Medicare. Le recomendamos tenerlos a mano para consultarlos fácilmente, y para refrescar su comprensión de los conceptos básicos de Medicare. Incluye lo siguiente:

Respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare	D-2
Las 4 Partes de Medicare	D-17
Una descripción breve de sus opciones de cobertura de Medicare.....	D-18
Cuestiones que debe tener en cuenta cuando elija su cobertura de Medicare...	D-19
Tipos de planes de Medigap	D-20
Referencia rápida sobre el Período de inscripción en Medicare	D-21
Comparación 2017 de las Partes A, B, C y D, y los Procesos de apelaciones.....	D-22

Esta referencia, que llega justo a tiempo, se puede usar para encontrar respuestas a preguntas comunes relativas a los siguientes temas relacionados a Medicare:

- Cobertura y periodo de beneficios para hospitalizaciones y estadías en centros de cuidado de enfermería especializada.
- Opciones de planes y pagos.
- Inscripción y elegibilidad.

Esta referencia, que llega justo a tiempo, se puede usar para encontrar respuestas a preguntas comunes relativas a los siguientes temas relacionados a Medicare:

- Cobertura y periodo de beneficios para hospitalizaciones y estadías en centros de cuidado de enfermería especializada.
- Opciones de planes y pagos.
- Inscripción y elegibilidad.

Para evitar
penalizaciones de
Medicare y los SRI
(Servicios de rentas
internas)...



Cancelar contribuciones a su
Cuenta de ahorros para la salud
(HSA, por sus siglas en inglés)
al menos **6 meses antes** de
solicitar Medicare.

E

Inscríbase en Medicare durante
el Periodo de Inscripción inicial
(IEP, en inglés)* a menos que
usted (o su cónyuge) actualmente
trabaje y esté inscrito en un Plan
de salud grupal del empleador
(EGHP, en inglés).

La inscripción oportuna es importante porque al no hacerlo . . .



los costos
podrán ser más
altos.



Puede afectar la cobertura y
causar una **brecha en la**
cobertura o un periodo de
espera para **condiciones**
preexistentes.



Una solicitud para
una póliza de
Medigap puede
ser **denegada**.

El periodo de beneficios de la Parte A se acaba luego de 60 días consecutivos...

Aquí



En casa

...No aquí



Instalación de cuidado hospitalario
o enfermería especializada

El periodo de beneficios de la Parte A se acaba luego de 60 días consecutivos...

Aquí



En casa

...No aquí



Instalación de cuidado hospitalario o enfermería especializada

ESTADÍAS EN INSTALACIONES DE CUIDADO HOSPITALARIO O ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

El periodo de beneficios de la Parte A se acaba luego de 60 días consecutivos...

Aquí



En casa

...No aquí



Instalación de cuidado hospitalario
o enfermería especializada

Medicare paga primero los servicios cubiertos cuando es su única cobertura.



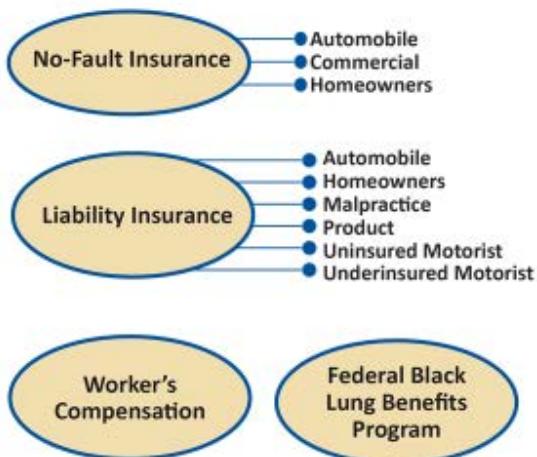
o Cuando la otra cobertura es una de las siguientes...

- Medigap
- Medicaid
- Beneficios para jubilados (por lo general)
- Servicios de salud para personas indígenas
- TRICARE de por vida
- COBRA (con exención de ESRD)

Algunos tipos de seguro **pagan primero** por enfermedades o heridas relacionadas

y

Medicare es el responsable secundario.



La compra de la **Parte B** de Medicare es una elección personal, a menos que le aplica cualquier de los siguientes.

Quiere comprar



Es idóneo para



Quiere unirse a



Su empresa se lo exige.



En la mayoría de los casos,
puede recibir Medicare
debido a una **discapacidad**
si . . .



es menor de 65 años
y reúne los requisitos
de Medicare debido
a una incapacidad

Y

ha tenido derecho a
beneficios del Seguro
por Incapacidad del
Seguro Social (SSDI, en
inglés) por **24 meses.***

PARTICIPANTES: PLAZOS DE ESPERA PARA PERSONAS
CON DISCAPACIDADES

En la mayoría de los casos,
puede recibir Medicare
debido a una **discapacidad**
si . . .



es menor de 65 años
y reúne los requisitos
de Medicare debido
a una incapacidad

Y

ha tenido derecho a
beneficios del Seguro
por Incapacidad del
Seguro Social (SSDI, en
inglés) por **24 meses.***

Verifique con su administrador de beneficios, pero personas con ESRD podrán querer **aplazar*** la inscripción en la Parte A y la Parte B si



30
Month Coordination Period

La mayoría o todos los gastos son cubiertos por su empresa o plan de salud grupal del empleador (GHP, en inglés).

Y aún está dentro del periodo de coordinación de 30 meses.

El Periodo de coordinación de 30 meses para personas con ESRD



Empieza el **primer mes** en que puede recibir Medicare, incluso si no se inscribe.



Medicare es el **responsable secundario** luego de un plan de salud grupal del empleador o sindicato.

PLANES Y Opciones DE PAGO:
PLAZO DE COORDINACIÓN DE 30 MESES DE ESRD

Para la mayoría de los individuos que padecen una Enfermedad Renal en etapa terminal (ESRD, en inglés**), la cobertura de Medicare empieza...**



El 1er día del 4to mes de diálisis

Para algunos individuos que padecen de **ESRD, si reciben un trasplante de riñón o cumplen las condiciones específicas de diálisis en casa, la cobertura de Medicare empieza...**



De inmediato, o el 1er día del 4to mes de diálisis

Las 4 partes de Medicare



La Parte A Seguro de hospital	<ul style="list-style-type: none"> Atención hospitalaria—habitación semi-privada, comidas, enfermería general, otros servicios y suministros de hospital, como atención de instalaciones hospitalarias de rehabilitación y atención de salud mental en un hospital psiquiátrico (límite de 190 días de por vida). Atención hospitalaria (excepto cuidados supervisados o de largo plazo) en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) luego de una estadía relacionada de 3 días en el hospital, si satisface los criterios. Sangre (atención hospitalaria). Algunos servicios de atención médica hospitalaria en instituciones religiosas no médicas de cuidados de salud (RNHCIs, en inglés) aprobados (por ejemplo, artículos y servicios no religiosos y no médicos). Atención médica en casa. Cuidados de hospicio. 	
La Parte B Seguro médico	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de médicos. Servicios y suministros quirúrgicos y de atención ambulatoria. Exámenes clínicos de laboratorio. Equipos médicos duraderos. Suministros de exámenes para diabéticos. Servicios preventivos (como la vacuna para la gripe y la visita anual de bienestar). Servicios de salud en casa. 	
La Parte C Planes de Medicare Advantage	<ul style="list-style-type: none"> Combinan las Partes A y B, y generalmente la D. Manejadas por compañías de seguro privadas que son aprobadas por Medicare. Ejemplos incluyen Organizaciones de mantenimiento de salud (HMOs, en inglés) y Organizaciones de proveedores preferidos (PPOs, en inglés). En la mayoría de los planes de Medicare Advantage, tendrá que utilizar la red de doctores, hospitales y otros proveedores del plan y pagará una parte mayor de los gastos o todos. 	
La Parte D Cobertura de medicamentos recetados de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> Para inscribirse deberá tener las Partes A y/o B de Medicare. Planes tienen formularios (listas de medicamentos cubiertos). Participantes pueden elegir el plan e inscribirse. 	

Inscripción de Medicare: A quién y cuándo debería llamar

Recuerde: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) administran Medicare—pero no la Inscripción.

Para inscribirse en las Partes A y B	Para inscribirse en las Partes C o D	Cuando inscribirse
<p>La mayoría de personas:</p> <p>Administración del Seguro Social (SSA, en inglés) socialsecurity.gov</p> <p>1-800-722-1213 (o la oficina local del Seguro Social)</p> <p>TTY 1-800-325-0778</p> <p>Jubilados del ferrocarril:</p> <p>Junta de jubilación del ferrocarril 1-877-772-5772</p>	<p>medicare.gov</p> <p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>TTY: 1-877-486-2048</p> <p>(o comuníquese con un plan aprobado por Medicare)</p>	<p>Hay plazos de inscripción diferentes para las varias partes de Medicare.</p> <p>Vea "Consulta rápida acerca del plazo de Inscripción para Medicare" en el Manual de Medicare 101, Apéndice D.</p>

Un resumen rápido de las opciones de cobertura de Medicare

Existen 2 opciones principales para cobertura de Medicare.

Opción 1: Medicare original

Incluye la Parte A y la B.



La Parte A Seguro de hospital



La Parte B Seguro médico

Podrá añadir:



La Parte D Cobertura de medicamentos recetados de Medicare

También podrá añadir:



Medigap

Seguro suplemental de Medicare

(Pólizas de Medigap ayudan a pagar gastos no reembolsados de Medicare original).

Opción 2: Medicare Advantage (Parte C)

Estos planes son parecidos a HMOs o PPOs y generalmente incluyen las Partes A, B, y D.



La Parte A Seguro de hospital



La Parte B Seguro médico



La Parte D Cobertura de medicamentos recetados de Medicare

(La mayoría de planes cubren medicamentos recetados. Si su plan no los cubre, es posible que pueda unirse a un plan Parte D separado).

Cosas que debería considerar al elegir cobertura de Medicare

Estos temas se explican más al fondo en este libro.

Medicare original	↔	Medicare Advantage
No existe ningún límite de cuánto pagará en gastos de su bolsillo cada año a menos que tenga cobertura suplementaria.	Costo	Los planes tienen un límite anual de gastos corrientes. Si se inscribe en un Plan de Medicare Advantage, una vez que alcance un límite específico, no pagará más por servicios cubiertos durante el resto del año.
Medicare cubre servicios y suministros médicos en hospitales, consultorios médicos y otros entornos de atención médica. Los servicios son cubiertos bajo la Parte A o la Parte B.	Cobertura [*]	Los planes deben cubrir todo servicio cubierto por Medicare original. Los planes podrán ofrecer beneficios que Medicare original no cubre, tal como servicios de visión, audición u odontológicos.
Podrá añadir una póliza de Medigap para ayudar con los gastos corrientes en Medicare original, tal como el deducible y el coseguro.	Cobertura suplementaria	Podrá ser más económico unirse a un Planes de Medicare Advantage porque los costos compartidos son más bajos (o se incluye). No puede usar (y no le puede vender) una póliza de Medigap si está inscrito en un Plan de Medicare Advantage.
Tendrá que unirse a un Plan de medicamentos recetados de Medicare para tener cobertura de medicamentos.	Medicamentos recetados*	La mayoría de los Planes de Medicare Advantage incluyen cobertura de medicamentos.
Puede ir a cualquier médico que acepta Medicare.	Elección de médicos y hospitales	Podrá tener que utilizar proveedores de atención médica que participan en la red del plan. De ser así, averigüe cuán cerca a su casa están los médicos y las farmacias de la red. Algunos planes ofrecen cobertura fuera de la red.
Puede conseguir un resumen de la calidad de la atención médica (y las instalaciones) que los proveedores brindan a sus pacientes al visitar es.Medicare.gov.	Calidad de atención	El Buscador de planes de Medicare en es.Medicare.gov/find-a-plan tiene un sistema de calificación por estrellas para planes de Medicare.
Medicare original generalmente no cubre atención en el exterior. Podrá comprar seguro suplementario que ofrece cobertura para viajes.	Viajes	Los planes generalmente no cubren atención que se recibe fuera de los EE. UU.

* De tener otros tipos de cobertura de atención médica o medicamentos recetados, averigüe cómo funciona con el tipo de cobertura que esté considerando antes de tomar cualquier decisión o realizar cualquier cambio.

Tipos de planes de Medigap (cobertura secundaria)

Beneficios	A	B	C	D	F*	G	K	L	M	N
Gastos de coseguro de la Parte A de Medicare y hospitalarios (hasta 365 días adicionales luego de usar los beneficios de Medicare)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Coseguro o copago de la Parte B de Medicare	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***
Sangre (las 3 primeras pintas)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Coseguro o copago de la Parte A para cuidados de hospicio	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Coseguro para cuidado en instalaciones 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%					
Gastos de más de la Parte B					100%	100%				
Emergencia en el exterior (hasta los límites del plan)			80%	80%	80%	80%			80%	80%
Límite de gastos no reembolsados en el 2017**							\$5.120	\$2.560		

*Algunas compañías de seguro en algunos estados además ofrecen el Plan F como un plan con deducible alto. Al elegir esta opción, deberá pagar los gastos cubiertos por Medicare (coseguro, copagos, deducibles) hasta el monto del deducible de \$2,200 para el 2017 antes que la poliza pague cualquier gasto.
**Para Planes K y L, después de satisfacer el límite anual de gastos no reembolsados y el deducible anual de la Parte B (\$183 para el 2017), el plan de Medigap pagará 100% de los servicios cubiertos para el resto del año civil.
***El Plan N paga 100% del coseguro de la Parte B, salvo un copago de hasta \$20 para algunas consultas y un copago de hasta \$50 para visitas a la sala de emergencias que no resultan en la hospitalización.

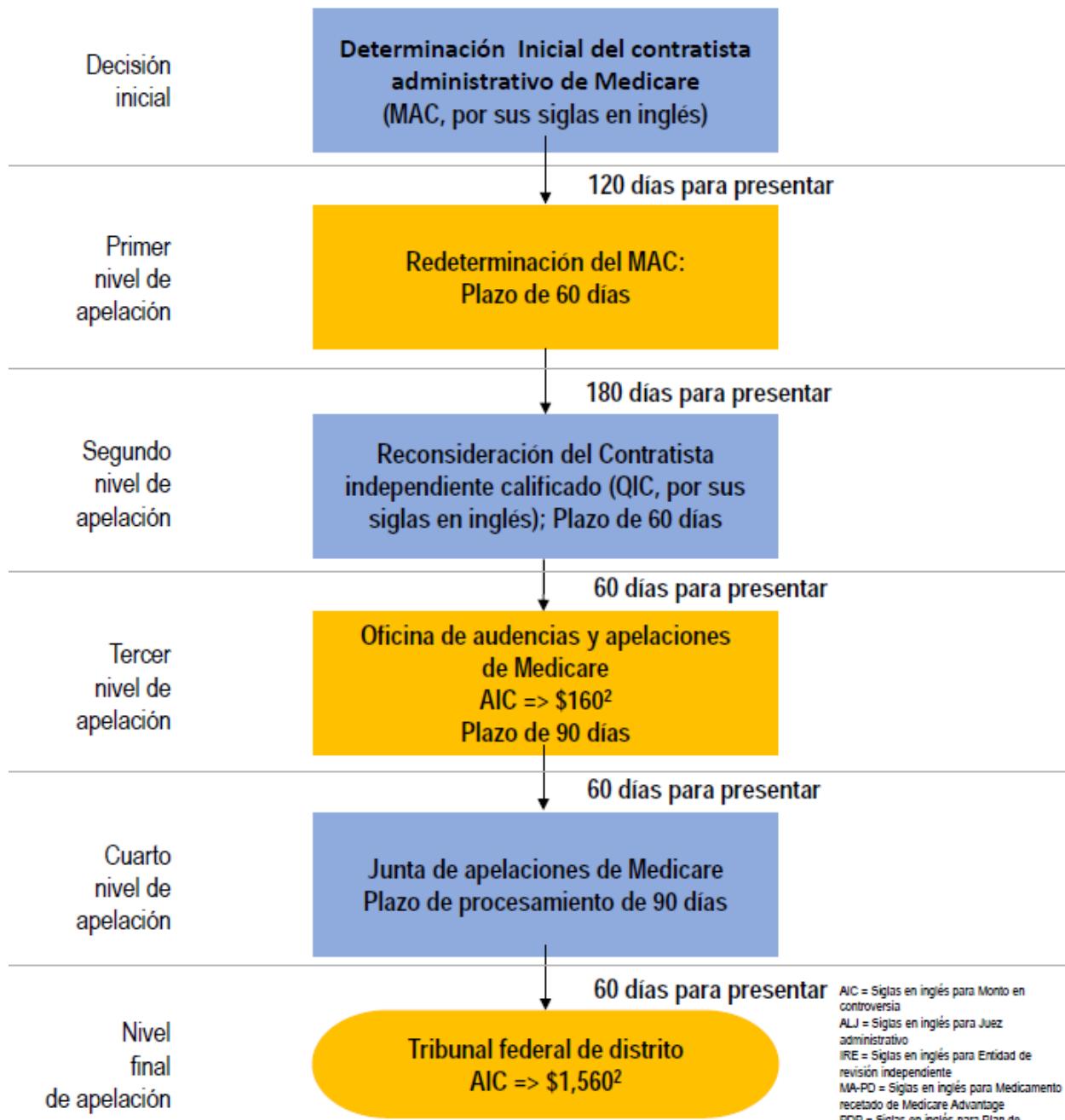
Referencia rápida sobre el Período de Inscripción en Medicare

Período	Parte A (Seguro de Hospital)	Parte B (Seguro Médico)	Parte C Medicare Advantage (MA)	Parte D Cobertura de Medicare para medicamentos recetados
Inscripción Inicial (IEP)	Período de 7 meses que incluye 3 meses antes, el mes de, y los 3 meses después del mes de su elegibilidad para Medicare			
Inscripción General (GEP)	1 de enero – 31 de marzo, anual (la cobertura comienza el 1 de julio)		Si se inscribe en la Parte A y Parte B durante el GEP, puede inscribirse en un plan MA, un plan MA-PD o un plan Medicare Parte D desde abril a junio (la cobertura comienza el 1 de julio). Si usted ya tenía la Parte A y se inscribe en la Parte B durante el GEP, no podrá unirse a un plan de la Parte D independiente (perdió su IEP de la Parte D). Puede inscribirse en un plan MA o MA-PD.	
Inscripción Especial (SEP)	Comienza mientras usted o su cónyuge están trabajando y tienen una cobertura grupal del empleador basada en ese empleo activo y el período de 8 meses que comienza el mes después de que finaliza el empleo o la cobertura grupal del empleador, lo que suceda primero.		Esto depende de la razón por la que califica para un SEP.	
Inscripción Abierta de Otoño (OEP)	No corresponde	No corresponde	15 de octubre al 7 de diciembre, anual (la cobertura comienza el 1 de enero)	
Desafiliación de Medicare Advantage	No corresponde	No corresponde	1 de enero al 14 de febrero, anual.	1 de enero al 14 de febrero, anual. (Si abandona su plan MA y regresa a Medicare Original, generalmente puede unirse a un plan de medicamentos independiente en ese momento).

Este cuadro brinda información general. No es integral.

La comparación de los procesos de apelación de las Partes A, B, C, y D para 2017.

Procesos de Parte A y Parte B (pago-por-servicio) Proceso estándar de Parte A y Parte B

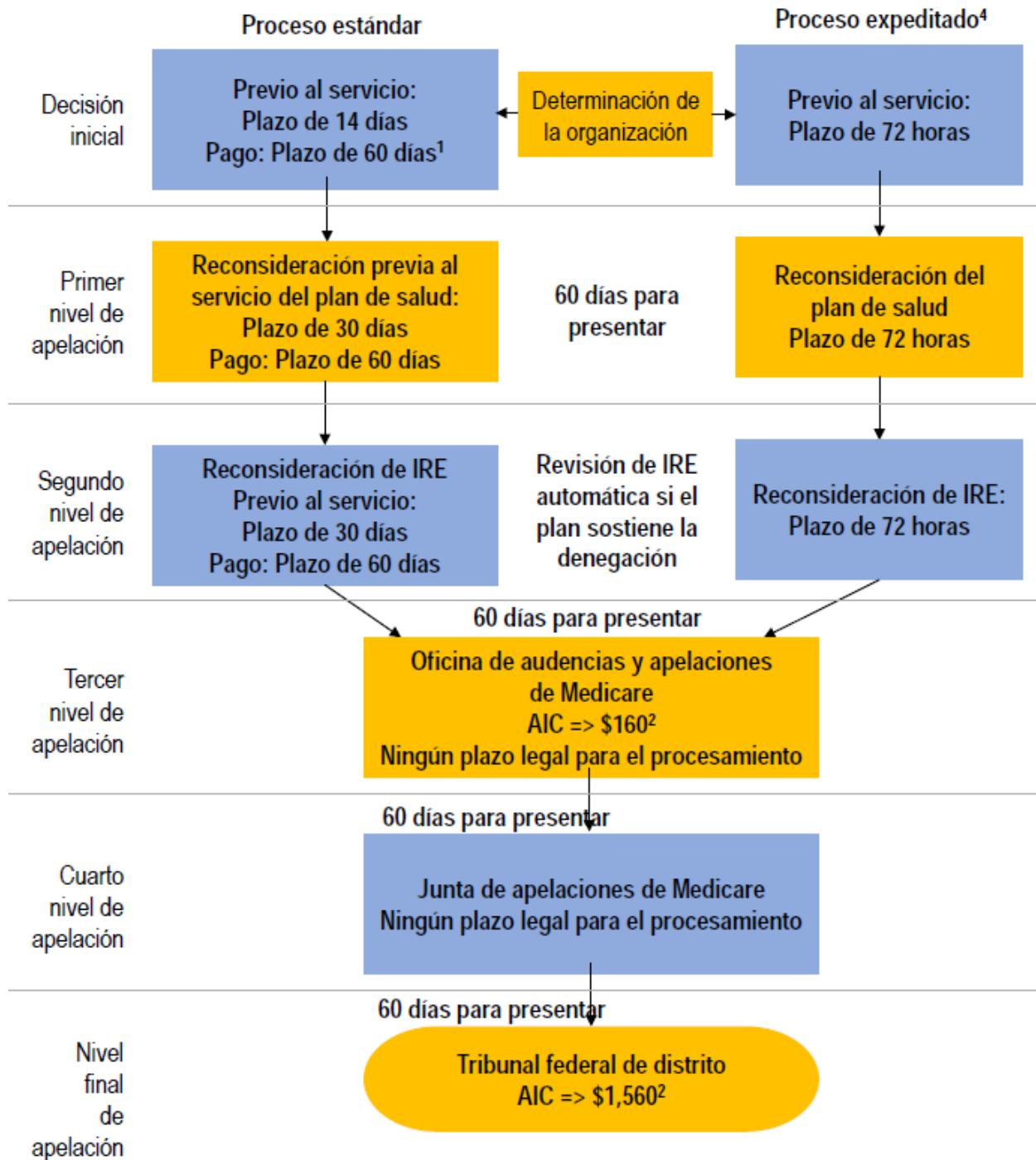


1: Los planes deberán procesar 95% de toda reclamación limpia de proveedores de fuera de la red dentro de 30 días. Toda otra reclamación deberá ser procesada dentro de 60 días.
 2: El requerimiento de AIC para una audiencia de ALJ y el Tribunal federal de distrito se ajusta anualmente según el componente de atención médica del Índice de precios al consumo. La tabla muestra los montos de AIC para el año civil de 2017.
 3: Una petición para una determinación de cobertura incluye una petición para una exención de graduación o una exención de formulario. Los plazos de adjudicación generalmente empiezan cuando el patrocinador del plan recibe la petición. Sin embargo, si la petición incluye una petición para una exención, el plazo de adjudicación empieza cuando el patrocinador del plan recibe la declaración de respaldo del médico.
 4: Peticiones para pagos no se pueden expedir.

AIC = Siglas en inglés para Monto en controversia
 ALJ = Siglas en inglés para Juez administrativo
 IRE = Siglas en inglés para Entidad de revisión independiente
 MA-PD = Siglas en inglés para Medicamento recetado de Medicare Advantage
 PDP = Siglas en inglés para Plan de medicamentos recetados

La comparación de los procesos de apelación del 2017 para las Partes A, B, C, y D.

Proceso de Parte C (MA)



La comparación de los procesos de apelación del 2017 para las Partes A, B, C, y D.

Proceso de Parte D (Medicamentos)

