

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

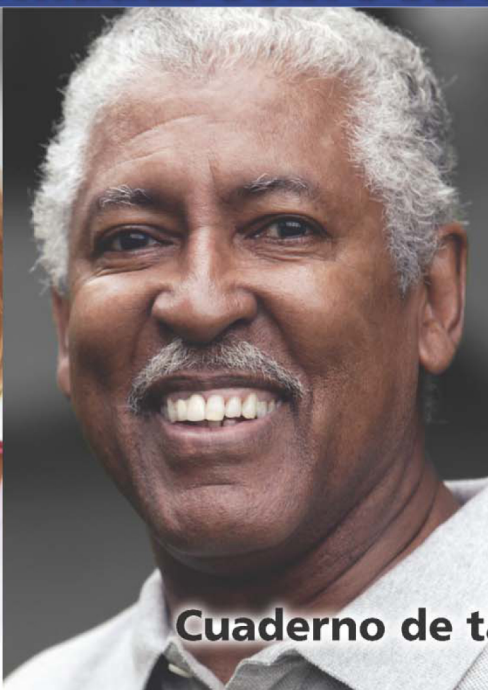
 National Medicare
TRAINING PROGRAM

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Coordinación de los Beneficios Módulo 5



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



Cuaderno de tareas para el 2011

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Talleres nacionales de entrenamiento para instructores
Hoja informativa para el instructor
Módulo 5: Coordinación de los Beneficios

Descripción del Módulo

El programa de Coordinación de los Beneficios (COB) identifica todos los beneficios médicos disponibles para los beneficiarios de Medicare, se asegura de que las reclamaciones sean pagadas correctamente y de que el pagador primario, ya sea Medicare u otro seguro, pague primero. Este módulo describe la importancia de identificar si los costos médicos de la persona son pagados por otro seguro antes o además de Medicare. Usted aprenderá cómo ayuda esta información a su proveedor para que determine a quién enviarle la factura o cómo presentarle las reclamaciones a Medicare.

Los materiales – actualizados y listos para usarlos- están diseñados como una fuente de información para los instructores familiarizados con el programa Medicare, que desean tener dicha información lista para sus presentaciones. Cuando corresponda, se incluirán las actualizaciones de la legislación reciente. El ícono de “Nuevo en 2011” se utiliza para destacar los cambios especificados por la Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo).



Estos son los temas tratados en este Módulo:

Diapositivas	1-12	Generalidades sobre la Coordinación de los Beneficios
Diapositivas	11-36	La Coordinación de la Cobertura Médica
Diapositivas	37-59	La Coordinación de los Beneficios de la Cobertura de las Receta Médicas
Diapositivas	60-66	Recursos Informativos

Objetivos

- Analizar la coordinación de la cobertura médica
- Describir los otros seguros que pueden coordinar con Medicare
- Proporcionar recursos informativos

Audiencia

El Módulo está diseñado como una presentación para los instructores u otros.

Actividades de aprendizaje

El Módulo contiene siete preguntas interactivas para que los participantes apliquen los conocimientos adquiridos en situaciones de la vida real.

Hojas informativas

Las diapositivas 27 y 28 se entregan como hojas informativas en el Apéndice de este cuaderno. Durante el entrenamiento usted puede referirse a ellas, si reparte a la audiencia copias del cuaderno de trabajo, o tal vez le convenga hacer fotocopias de las hojas informativas y repartirlas.

Tiempo de instrucción

El Módulo consta de 69 diapositivas con las notas correspondientes. Puede ser presentado en aproximadamente 2 horas. Debe asignar 30 minutos más para discusión, preguntas, respuestas y actividades.

Referencias

La Coordinación de los Beneficios

- www.cms.hhs.gov/COBGeneralinformation/
- www.cms.hhs.gov/COBAgreement/

Hoja informativa para instructores – Módulo 5 “Coordinación de los Beneficios”

Coordinación de los beneficios: Módulo 5

El Módulo 5 le explica la *Coordinación de los Beneficios* para las personas que tienen Medicare y otro tipo de cobertura médica.

Este módulo fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por su sigla en inglés), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid y el Programa del Seguro Médico para los Niños (CHIP por su sigla en inglés). La información en este módulo estaba vigente hasta abril del 2011.



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



Para ver la Ley de atención médica asequible, visite www.ealthcare.gov/center/authorities/patient_protection_affordable_care_act_as_passed.pdf



Para ver la versión más actualizada de este módulo, visite www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp.

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

Objetivos de la sesión

- Esta sesión le ayudará a
 - Definir lo que es la Coordinación de Beneficios
 - Explicar la coordinación de cobertura médica y de recetas médicas
 - Determinar quién paga primero
 - Saber dónde conseguir más información

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

2

- Al final de esta sesión usted podrá
 - Definir lo que es la Coordinación de Beneficios
 - Explicar la coordinación de cobertura médica y de recetas médicas
 - Determinar quién paga primero
 - Saber dónde conseguir más información

Lecciones

1. Generalidades sobre la coordinación de beneficios
2. Coordinación de la cobertura médica
3. Coordinación de la cobertura de las recetas médicas
4. Repaso de los conocimientos adquiridos

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

3

Los temas en esta sesión incluyen:

1. Las generalidades sobre la Coordinación de beneficios
2. La coordinación de la cobertura médica
3. La coordinación de la cobertura de las recetas médicas
4. Repaso de los conocimientos adquiridos

Lección 1 – Generalidades sobre la Coordinación de Beneficios

- Coordinación de beneficios (COB por su sigla en inglés)
- Medicare como pagador secundario
- Identificar el pagador apropiado
- Sistemas de COB
- Contratistas de COB
- Programa de acuerdo de COB

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

4

Esta sección le brinda las generalidades de la Coordinación de Beneficios y cómo funciona.

- Coordinación de beneficios
- Medicare como pagador secundario
- Identificar al pagador apropiado
- Sistemas de COB
- Contratistas de COB
- Programa de acuerdo de COB

Coordinación de Beneficios (COB por su sigla en inglés)

- El propósito de la COB es garantizar el pago correcto
 - Identificar los beneficios médicos disponibles
 - Coordinar el proceso de pago
 - Evitar pago erróneos de los beneficios de Medicare
- El contratista de COB (COBC, por su sigla en inglés) consolida las actividades de COB

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

5

- El propósito de la Coordinación de Beneficios es garantizar el pago correcto al identificar los beneficios médicos disponibles para los beneficiarios de Medicare, y coordinar el proceso para evitar errores en los pagos de Medicare.
- El contratista de Coordinación de Beneficios (COB) consolida las actividades de apoyo para recabar, administrar e informar sobre otra cobertura médica de los beneficiarios de Medicare.

Coordinación de beneficios (COB)

- Nos favorece a todos
 - A los individuos y a quienes los cuidan
 - A los proveedores del cuidado la salud
 - Al sistema del cuidado de la salud
- Se asegura que los reclamos son pagados correctamente
- Se asegura que el pagador primario paga primero
- La Ley de modernización de Medicare (MMA) amplía el papel de COB
 - Requiere seguimiento de los costos reales de su bolsillo (TrOOP)
 - Mejora la comunicación entre proveedores

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

6

- La Coordinación de Beneficios nos favorece a todos:
 - Los individuos y quienes los cuidan tienen menos estrés al saber que sus reclamos son pagados correctamente.
 - Los proveedores de servicios de la salud, identificando todos los beneficios de salud y medicamentos disponibles, simplificando el proceso de pago, ayudando a los planes de la Parte D a hacer un seguimiento de los gastos del bolsillo y brindando un servicio al cliente de calidad.
 - También beneficia a Medicare y al sistema de cuidado de la salud al proteger los fondos de Medicare.
- El programa de Coordinación de Beneficios (COB) identifica todos los beneficios médicos disponibles para los beneficiarios de Medicare, garantiza que los reclamos sean pagados correctamente y que el pagador primario, ya sea Medicare u otro seguro, pague primero.
 - La información de Medicare sobre la elegibilidad es compartida con otros pagadores y los reclamos pagados por Medicare se envían a los seguros suplementarios para que hagan el pago secundario. El Contratista de Coordinación de Beneficios (COBC) de CMS debe firmar un acuerdo con las compañías de seguro privadas para que el COBC haga un intercambio automático de los reclamos. Si no hubiera un acuerdo, el beneficiario de Medicare debe coordinar el pago secundario del reclamo con cualquier otro seguro que pudiera tener además de Medicare.
 - Se garantiza a los planes que la cantidad pagada en situaciones donde hay más de un pagador no exceda el 100% del reclamo, para evitar la duplicación de pagos.
- Con la Ley de Modernización de Medicare, la Coordinación de Beneficios fue expandida aún más:
 - Obliga a hacer un seguimiento de los gastos del bolsillo (TrOOP), o “gastos realizados” por los beneficiarios inscritos en los planes Medicare de medicamentos recetados. Al hacer el seguimiento de los TrOOP permite determinar el momento en que el beneficiario es elegible para la cobertura catastrófica. El proceso de COB les brinda a los planes de la Parte D información que pueden usar para calcular los TrOOP de sus miembros.
 - La ley también introdujo maneras nuevas para mejorar la comunicación entre los proveedores y la supervisión de los pagos, evitar los pagos erróneos de los beneficios de Medicare y proteger los fondos del programa Medicare. La Coordinación de beneficios permite mejorar la calidad de los servicios y del sistema de salud.



Vea la Sección 1860D-2 de la Ley de modernización de Medicare (MMA) del 2003.

¿Qué significa el MSP?

- Las leyes de Medicare como Pagador Secundario estipulan
 - Que ciertos seguros deben pagar los gastos médicos primero
 - Medicare paga después
 - Identifican otros seguros que pagan primero
- Medicare es el pagador primario
 - Si el beneficiario no tiene otro seguro
- Los estados desempeñan un papel importante en algunos asuntos relacionados con MSP
 - Compensación del trabajador
 - Seguro de responsabilidad

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

7

- Las leyes federales de Medicare como Pagador Secundario (MSP) estipulan que ciertos tipos de seguro paguen los reclamos primero y que Medicare sea el pagador secundario.
- Otros seguros que pueden pagar primero son: un plan de salud grupal, el seguro sin parte culpable, el seguro de responsabilidad, el seguro de compensación al trabajador y el Programa Federal de Pulmón Negro (Enfermedad pulmonar minera). Trataremos sobre cada uno de ellos más adelante.
- Si el beneficiario no tuviera otro seguro, Medicare siempre pagará primero.
- En la mayoría de los casos, excepto en las situaciones mencionadas anteriormente, Medicare también será el pagador primario de las recetas médicas.
- Los estados desempeñan un papel importante para que Medicare sea el pagador secundario (MSP), por ejemplo del seguro de compensación al trabajador o el seguro de responsabilidad.

Identificación del pagador apropiado

- Medicare
 - Puede ser el pagador primario
 - Puede ser el pagador secundario
 - Puede ser que no pague
- Las fuentes de información incluyen
 - El Cuestionario Inicial de Inscripción (IEQ)
 - Los médicos y otros proveedores
 - Los planes de salud grupales
 - Los empleadores
- Requisitos obligatorios de presentación de informes bajo la Ley MMSEA

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

8

- Es importante identificar si los gastos médicos del beneficiario son pagados por otro seguro antes o además de Medicare. Esta información le ayuda a los proveedores a determinar a quién enviar las facturas y cómo presentarle los reclamos a Medicare. Los beneficiarios pueden tener muchos seguros y muchas combinaciones de cobertura médica que se deben identificar para determinar quién paga y cuándo. Según el tipo del otro seguro médico que tenga el beneficiario, Medicare podría ser el pagador primario, secundario o podría no pagar.
- CMS utiliza el Cuestionario Inicial de Inscripción (IEQ) para obtener información para MSP de todos los individuos antes de ser elegibles para Medicare. En el IEQ se le pregunta si tiene otro seguro que podría pagar antes que Medicare. Además del IEQ y otra información sobre el beneficiario, Medicare recibe información sobre la cobertura médica de los proveedores de la salud, los planes de salud grupales y los empleadores.
- La Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y del SCHIP (MMSEA) agregó nuevos requisitos de información obligatorios para los acuerdos de los Planes de Salud Grupales (GHP) y el Seguro de Responsabilidad (incluye a los auto asegurados), el Seguro sin Parte Culpable y el Seguro de Compensación al Trabajador.



Vea la Sección 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y del SCHIP del 2007 (MMSEA) (P.L.110-173) y 42 U.S.C. 1395 y (b)(7) & (8) para más información sobre requisitos obligatorios de presentación de informes.

Los sistemas de la COB

- Concordancia de datos de IRS/SSA/CMS
- Bancos de datos mantenidos por las partes interesadas
 - Agencias federales
 - Estados
 - Planes
 - Farmacias
 - Programas de ayuda

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

9

- La COB utiliza varios bancos de datos mantenidos por múltiples interesados, incluidos los programas estatales y federales, los planes que ofrecen cobertura de salud y/o medicamentos, las redes farmacéuticas y una gama de programas de ayuda disponibles para situaciones o condiciones especiales.
- Una fuente de datos clave es la concordancia de datos de IRS/SSA/CMS. La ley requiere que el Servicio de Rentas Internas (IRS), la Administración del Seguro Social (SSA) y CMS compartan información sobre los beneficiarios de Medicare y sus cónyuges. La concordancia de datos identifica las situaciones en las que otro seguro paga antes que Medicare.
- Además, CMS tiene Acuerdos Voluntarios de Intercambio de Datos con varias compañías de Fortune 500 y otras empresas con muchos empleados. Estos acuerdos les permiten a los empleadores y a CMS el intercambio electrónico de información sobre la inscripción en los planes de salud grupales. Por ley, los empleadores deben llenar un cuestionario sobre el plan de salud grupal que los empleados elegibles para Medicare y sus cónyuges han escogido. Cuando se presenten discrepancias entre los Acuerdos Voluntarios de Intercambio de Datos, los empleadores pueden presentar la documentación sobre la inscripción/cancelación. Esto garantiza la integridad del programa Medicare y le ha ahorrado a Medicare más de \$3.5 mil millones.



Vea la Ley del Seguro Social, Sección 1862 (b)(5)

Contratistas de COB

- Emblem Health (previamente GHI)
 - Consolida actividades para apoyar otra cobertura
 - Recabar, gestionar y reportar
 - Proceso de pagos
 - No procesa los reclamos, recuperación de pagos ni responde preguntas sobre reclamos específicos
 - Centraliza la COB para Medicare como Pagador Secundario
- RelayHealth
 - Centraliza la COB para la Parte D de Medicare
 - Facilita el seguimiento de los TrOOP

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

10

- El contratista de COB consolida las actividades relacionadas con la recolección, gestión e información sobre cualquier otro seguro que pudiera tener el beneficiario de Medicare. El propósito del programa de COB es identificar los beneficios médicos disponibles para los beneficiarios y coordinar el proceso de pago de los reclamos para evitar los pagos erróneos de los beneficios de Medicare. El contratista de COB no procesa los reclamos, no recupera los pagos equivocados ni responde a preguntas sobre reclamos específicos. El intermediario de Medicare y las empresas de seguro son los que procesan los reclamos que se presentan para los pagos primarios y secundarios. Comuníquese con el contratista de COB para:
 - Reportar cambios relacionados con el empleo o información sobre otra cobertura médica
 - Reportar un caso relacionado con el seguro de responsabilidad, seguro sin parte culpable o compensación al trabajador.
 - Preguntas generales sobre MSP
 - Preguntas sobre las cartas y cuestionarios de MSP
- En mayo de 2005, CMS adjudicó un solo contrato a NDCHealth (ahora RelayHealth) para realizar el seguimiento de los TrOOP y la elegibilidad para la Parte D. Este servicio les permite a los planes de la Parte D, calcular adecuadamente los gastos del bolsillo (TrOOP) a través del proceso electrónico de los reclamos de las farmacias donde se compró el medicamento.

Acuerdo de COB

- Acuerdo de COB (COBA por su sigla en inglés)
 - Un contrato entre el contratista de COB y otros seguros médicos
 - Contrato nacional estándar
 - Planes Medigap, planes de la Parte D, Planes de Salud Grupal de Empleador (EGHPs), otros
 - Consolida el proceso de intercambio de información de Medicare
 - Elegibilidad del beneficiario
 - Transmisión de los reclamos pagados por Medicare

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

11

- El programa COBA ha establecido un contrato estándar nacional entre el contratista de Coordinación de Beneficios y otras agencias de seguro médico, para transmitir información sobre la elegibilidad de los beneficiarios y sobre los pagos de Medicare de los reclamos. Esto significa que las pólizas Medigap, los planes de la Parte D, los planes de empleador, los planes individuales (para los auto-asegurados) el Departamento de Defensa, el título XIX de las agencias estatales de Medicaid y otras, utilizan el banco nacional de datos con identificadores únicos (IDs) para obtener información sobre los pagos de Medicare de los reclamos con el propósito de calcular lo que tienen que pagar como pagadores secundarios.



Para más información acerca del programa COBA, por favor visite www.cms.gov/COBAgreement/

Lección 2 - Coordinación de la cobertura de salud

- **Otros seguros**
- **Determinación de quién paga primero**

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

12

Los temas a tratar en la Coordinación de la cobertura de salud incluyen:

- Los otros seguros
- La determinación de quién paga primero

Otros seguros que pueden pagar sus gastos médicos

- El seguro sin parte culpable o de responsabilidad
- El seguro de compensación al trabajador
- El Programa Federal de Pulmón Negro
- COBRA (continuación de la cobertura)
- Los planes de salud grupales de empleador/jubilados
 - Programa de Seguro Médico para Empleados Federales
 - La cobertura militar a través de los beneficios para veteranos
 - VA
 - TRICARE For Life
 - Otros

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

13

- Los otros tipos de cobertura médica que pueden tener los beneficiarios de Medicare incluyen:
 - El seguro de responsabilidad o sin parte culpable
 - El seguro de compensación al trabajador
 - El Programa Federal de Pulmón Negro (Enfermedad pulmonar minera)
 - La continuación de cobertura de COBRA
 - Los planes de salud grupales de empleador/jubilado, que incluyen:
 - El Programa de Seguro Médico para Empleados Federales
 - La cobertura militar a través de los beneficios para veteranos (VA) y de TRICARE for Life (TFL)
 - Otros

Seguro sin parte culpable

- Paga independientemente de quién tenga la culpa.
- Medicare es el pagador secundario
- Medicare puede actuar como pagador primario haciendo un pago condicional
 - Si el reclamo no se paga oportunamente
 - Generalmente en un período de 120 días
 - La persona no tendrá que usar su propio dinero para pagar la factura
 - Una vez que se resuelva el reclamo se le debe reembolsar el pago a Medicare

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

14

- El seguro sin parte culpable es un seguro que paga los servicios médicos necesarios por una herida personal o daño a la propiedad de un individuo independientemente de quién tenga la culpa. Los seguros sin parte culpable incluyen:
 - El seguro de automóvil
 - El seguro de propiedad de vivienda
 - Los seguros comerciales
- Medicare será el pagador secundario si existe un seguro sin parte culpable.
- Medicare por lo general no pagará los gastos médicos cubiertos por un seguro sin parte culpable. Sin embargo, Medicare podría pagar dichos gastos médicos si el reclamo es denegado por otros motivos que nos sean que el reclamo no es el apropiado. Medicare pagará solamente si los servicios están cubiertos por Medicare. Si el seguro sin parte culpable no paga oportunamente (en un plazo de 120 días), Medicare hará un pago condicional. El pago condicional es aquel que Medicare tiene derecho a recuperar.
- El dinero usado por Medicare para hacer el pago condicional debe ser reembolsado cuando se llegue a un acuerdo con el seguro sin parte culpable. Si Medicare hace un pago condicional y el beneficiario más tarde llega a un acuerdo con el seguro sin parte culpable, tendrá que devolverle a Medicare el monto del pago condicional.

La Ley de Modernización de Medicare (P.L. 108-173, Título III, Sec. 301) aclara en detalle el derecho de Medicare a recuperar el monto del pago condicional.

Seguro de responsabilidad civil

- Lo protege de ciertos reclamos
 - Negligencia, acciones incorrecta, o falta de acción
- Medicare es el pagador secundario
 - Los profesionales de la salud deben intentar cobrarle a su otro seguro antes de que Medicare pague
- Medicare puede hacer un pago condicional
 - Si el reclamo no se paga oportunamente
 - Generalmente en un período de 120 días
 - Medicare recuperará el monto del pago condicional

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

15

- El seguro de responsabilidad civil es el seguro que protege a la parte interesada contra un reclamo por negligencia, acción incorrecta o falta de acción cuya consecuencia sea un daño a la persona o a la propiedad. El seguro de responsabilidad incluye pero no se limita a:
 - El seguro de propiedad de vivienda
 - El seguro de automóvil
 - El seguro de responsabilidad de productos
 - El seguro de responsabilidad por mala praxis (mala práctica)
 - El seguro de responsabilidad para conductores sin seguro
 - El seguro de responsabilidad de conductores poco asegurados
- Medicare es el pagador secundario cuando haya un seguro de responsabilidad civil. Si los proveedores de la salud piensan que los servicios que le brindaron a un individuo pueden ser pagados por un seguro de responsabilidad civil, deben tratar de cobrarle a dicho seguro antes que a Medicare. Si el seguro de responsabilidad civil no paga oportunamente, aproximadamente en 120 días, Medicare puede hacer un pago condicional. Cuando el seguro de responsabilidad civil pague, Medicare recuperará el monto del pago condicional.
- La Ley de Modernización de Medicare (P.L. 108-173, Título III, Sec. 301) aclara en detalle el derecho de Medicare a recuperar el monto del pago condicional.

Compensación al trabajador

- Medicare no pagará los gastos médicos relacionados con los reclamos de compensación al trabajador
- Si el reclamo al seguro de compensación al trabajador es denegado
 - Se puede enviar a Medicare
- El acuerdo puede incluir un Seguro de Compensación al Trabajador (WCMSA)

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

16

- Medicare por lo general no pagará por una enfermedad o herida cubierta por el seguro de compensación al trabajador. Si todo o parte del reclamo es denegado por la compensación al trabajador porque no le corresponde pagar por dicho reclamo, entonces se puede enviar a Medicare para que pague por el servicio o producto si está cubierto por Medicare pero no por el seguro de compensación al trabajador.
- Antes de llegar a un acuerdo con el seguro de compensación al trabajador, las partes deben considerar los intereses de Medicare relacionados con los servicios médicos futuros y decidir si se establecerá un Acuerdo de la Cantidad Asignada para Gastos Médicos Futuros de Medicare del Seguro de Compensación al Trabajador (WCMSA).



WCMSA se describirá en detalle en

www.cms.gov/WorkersCompAgencyServices/04_wcsetaside.asp



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

Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera (Pulmón Negro)

- Enfermedad pulmonar causada por el trabajo en las minas de carbón
- Servicios de este programa
 - Se considera como un reclamo de compensación al trabajador
 - No está cubierta por Medicare
- Beneficios cubiertos del beneficiario
- Para más información llame al 1-800-638-7072

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

17

- Algunos beneficiarios de Medicare podrían recibir los beneficios del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera, para aquellos servicios relacionados con su enfermedad pulmonar y otras condiciones causadas por el trabajo en las minas de carbón. Medicare no paga por los servicios médicos cubiertos por dicho programa. Los reclamos de la enfermedad de pulmón negro son considerados reclamos de compensación al trabajador. Todos los reclamos por servicios relacionados con el diagnóstico de la enfermedad de pulmón negro son referidos a la División de Compensación para los Trabajadores de Minas de Carbón del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.
- Sin embargo, si los servicios no están relacionados con la enfermedad de pulmón negro, Medicare actuará como el pagador primario si todos los enunciados siguientes se cumplen:
 - No hay otro seguro que pague primero
 - El individuo es elegible para Medicare
 - Los servicios están cubiertos por Medicare
- Los beneficiarios del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera son elegibles para la cobertura de los medicamentos recetados, servicios para paciente interno y ambulatorio y visitas médicas. Además, el equipo de oxígeno para el hogar y otro equipo médico, servicios de enfermería en el hogar y la rehabilitación pulmonar puede estar cubierta si es ordenada por el médico.



Para cada una de las nueve oficinas distritales de la División de Compensación para los Trabajadores de Minas de Carbón localizadas en PA, WV, KY, OH y CO se ha asignado un número sin cargo. El número gratuito 1-800-638-7072 ha sido asignado a la oficina responsable del diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Minera.



Para más información acerca del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera, visite, www.dol.gov/compliance/topics/benefits-comp-blacklung.htm

COBRA

- Los empleados y sus dependientes pueden mantener su cobertura médica después de dejar su EGHP
 - Si su empleador privado o del gobierno local o estatal tiene 20 o más empleados
 - Se le conoce como “continuación de cobertura”
 - La cobertura continúa por 18, 29, ó 36 meses
 - Según cuál sea la situación que lo hace elegible
- La persona debe pagar el total de la prima

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

18

- La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA por su sigla en inglés) requiere que los empleadores con 20 o más empleados, les permitan a sus empleados y a sus dependientes conservar su cobertura médica por un tiempo después de que hayan dejado sus EGHP, en ciertas circunstancias. A esto se les conoce como “continuación de cobertura.” La ley se aplica a los planes patrocinados por el sector privado y los gobiernos estatales y locales, pero no se aplica a los planes patrocinados por el gobierno federal, el Distrito de Columbia, los territorios y posesiones estadounidenses, o ciertas organizaciones religiosas. (El Programa de Seguro Médico para Empleados Federales también está sujeto a esta continuación temporal de la cobertura médica, según lo estipulado por las Enmiendas a la Ley de Beneficios Médicos para los Empleados Federales de 1988.)
- La cobertura de COBRA puede iniciarse por ciertos eventos, tales como la pérdida del empleo o la reducción de las horas de trabajo, un divorcio, fallecimiento del empleado o si un niño de acuerdo a los términos del plan, deja de ser un dependiente. Por la pérdida del empleo o la reducción de las horas de trabajo, la cobertura de COBRA por lo general continuará por 18 meses. Ciertos discapacitados y los miembros de su familia que no son discapacitados podrían ser elegibles para una extensión de 11 meses (de 18 a 29 meses). Otras situaciones pueden extender la cobertura médica hasta 36 meses.
- La cobertura de salud grupal para los participantes en COBRA es más cara que el seguro médico de los empleados en actividad, porque el participante en COBRA tiene que pagar su parte de la prima y la del empleador que la pagaba mientras estaba trabajando. Sin embargo, generalmente cuesta menos que un seguro médico individual.



Para más información acerca de continuación de cobertura, visite
www.cms.hhs.gov/COBRACContinuationofCov y
www.cms.gov/HealthInsReformforConsume.

COBRA y Medicare

- Medicare generalmente es el pagador primario
 - Medicare es el pagador secundario durante los 30 meses del período de coordinación de la Enfermedad Renal Terminal (ESRD por sus sigla en inglés)
- Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés) pueden ayudarle

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

19

- Medicare generalmente paga antes de COBRA para los ancianos y discapacitados.
- Medicare paga después de COBRA para los individuos que padecen de ESRD, durante los 30 meses del período de coordinación.
- Antes de escoger la cobertura de COBRA, tal vez le convenga hablar con un asesor del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para comprender mejor sus opciones. Por ejemplo, si una persona que ya tiene la Parte A de Medicare escoge COBRA, pero espera para inscribirse en la Parte B de Medicare hasta la última parte del Período Especial de Inscripción de 8 meses que se le otorga cuando se haya terminado su empleo, el empleador puede hacer que el empleado pague por los servicios que hubiera pagado Medicare si se hubiese inscrito en la Parte B anteriormente.
- En algunos estados, los asesores de SHIP también le pueden dar información sobre los plazos de COBRA y los derechos de emisión garantizados de las pólizas Medigap en un determinado estado. Los plazos pueden variar de acuerdo con la ley estatal.



Referencia: "Medicare y Otros Beneficios Médicos: Su Guía sobre Quién Paga Primero," Publicación de CMS No 02179.



Usted puede consultar esta publicación en
<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02179.pdf>.

Su antiguo empleador se declara en bancarrota

- COBRA podría protegerlo
 - Tal vez se requiera que la cobertura continúe a través de otra empresa con la misma estructura corporativa
- Tal vez pueda obtener “COBRA-for-life”
 - Los beneficios pueden cambiar
 - El costo por dicha cobertura puede aumentar

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

20

- Si usted tiene cobertura de seguro médico después de jubilarse y su antiguo empleador se declara en bancarrota o la empresa cierra, las normas federales de COBRA podrían protegerlo. Estas normas estipulan que cualquier otra compañía dentro de la misma corporación, que ofrezca un EGHP a sus empleados, ofrezca también la continuación de cobertura de COBRA a través de dicho plan.
- Si una persona pierde su seguro médico grupal después de haberse jubilado porque su antiguo empleador se declara en bancarrota, podría obtener los beneficios de “COBRA-for-life.” Lo que significa que la persona puede quedarse con COBRA por el resto de su vida o hasta que la empresa ya no exista. Como en cualquier otro plan, los beneficios pueden cambiar y el costo puede aumentar.



Referencia: “Medicare y Otros Beneficios Médicos: Su Guía sobre Quién Paga Primero,” Publicación de CMS No 02179.



Usted puede consultar esta publicación en
<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02179.pdf>.

Seguro Médico para los Empleados Federales (FEHBP por su sigla en inglés)

- Un Plan de Salud Grupal de Empleador(EGHP)
- Es el pagador secundario una vez que la persona se jubila
- Es el pagador primario
 - Si el beneficiario tiene Medicare o está cubierto porque el cónyuge aún trabaja
 - Para cualquier persona o cónyuge que padezca de ESRD, durante los 30 primeros meses de elegibilidad

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

21

- El Programa de Seguro Médico para los Empleados Federales (FEHBP) ofrece cobertura de salud para los empleados federales en actividad y los jubilados y sus familias. Los planes del FEHBP también cubren los medicamentos recetados, los controles físicos de rutina, la atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y algunos servicios preventivos que Medicare no cubre. Algunos planes del FEHBP también cubren los servicios dentales y de la vista.
- Como cualquier otro seguro de salud grupal, el FEHBP es el seguro principal hasta que la persona se jubila.
- Un plan del FEHB debe pagar los beneficios primero a los empleados federales o a los pensionados recontratados que tienen Medicare, o sus cónyuges con cobertura, a menos que la vacante para la cual lo contrataron nuevamente esté excluida de la cobertura del FEHBP o que la persona solamente esté inscrita en la Parte B de Medicare.
- El plan del FEHB debe pagar también los beneficios para cualquier persona que padezca de ESRD, durante los 30 primeros meses de elegibilidad para la Parte A, independientemente de su estatus laboral.
- Generalmente, los planes del FEHBP pagan por el tipo de gastos que paga Medicare. Los jubilados que tienen un plan del FEHB pueden escoger si se inscriben o no en Medicare. Aquellos que deciden hacerlo pero no se inscriben durante el período inicial de inscripción, deben esperar hasta el período general de inscripción del FEHB (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año) para inscribirse, y la cobertura comenzará el 1 de julio siguiente. Es importante que la persona entienda que si un jubilado o se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, tendrá que pagar una multa del 10%, que se agregará a la prima, por cada período de 12 meses durante los cuales el beneficiario podría haberse inscrito y no lo hizo.



Si desea más información sobre el FEHBP, visite www.opm.gov/insure/.

Beneficios para Veteranos (VA)

- Las personas que tienen Medicare y los beneficios de VA
 - Pueden recibir los servicios de cualquiera de los dos programas
 - Tendrán que escoger qué beneficio usan **cada vez**
- Por lo general
 - Medicare no puede pagar por un servicio autorizado por VA
 - VA no puede pagar por un servicio cubierto por Medicare
- El miembro de VA tendrá que pagar la penalidad
 - Si se inscribe “tarde” en la Parte B de Medicare

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

22

- Las personas que tienen Medicare y los beneficios de VA pueden obtener los servicios médicos de cualquiera de los dos programas. Sin embargo, deben escoger qué beneficio usarán **cada vez que consulten a su médico o reciban atención** por ejemplo, en un hospital. Medicare no pagará por el mismo servicio que fue autorizado por el Departamento de Asuntos de Veteranos; del mismo modo, VA no será el pagador primario de un servicio que haya sido cubierto por Medicare.
- Para obtener los beneficios de VA, el paciente debe recibir atención médica en una dependencia de VA o tener una autorización de VA para recibir los servicios en otro centro que no sea VA.
- A los veteranos se les puede cobrar una multa por inscribirse “tarde” en la Parte B, inclusive si están inscritos en el programa de atención médica de VA.



Si desea más información sobre la cobertura de VA, visite
<http://www1.va.gov/health/>.

TRICARE For Life (TFL por su sigla en inglés)

- La cobertura de TRICARE que complementa a Medicare
 - Disponible para *todos* los beneficiarios de TRICARE elegibles para Medicare
- Medicare paga primero
- TRICARE es el pagador secundario
 - Minimiza los gastos del bolsillo
 - Los beneficios cubren el coseguro y el deducible de Medicare
- **DEBE tener las Partes A y B de Medicare**

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

23

- TRICARE For Life (TFL) es la cobertura que completa a Medicare y que está disponible para *todos* los beneficiarios de TRICARE elegibles para Medicare, independientemente de su edad y siempre y cuando tenga las Partes A y B de Medicare.
- Si bien Medicare es su seguro principal, TRICARE será el pagador secundario y de este modo los gastos de su bolsillo serán mínimos. TRICARE también paga el coseguro y deducible de Medicare.

Cómo TRICARE For Life trabaja con Medicare

- Si usa un proveedor de Medicare
 - El proveedor de Medicare le enviará los reclamos a Medicare
 - Medicare paga su parte y envía el reclamo a TFL
 - TFL le paga directamente al proveedor por los servicios cubiertos por TRICARE
- Por los servicios cubiertos por Medicare y por TRICARE
 - Medicare paga primero
 - TFL paga el monto restante
- Por los servicios cubiertos por TRICARE pero no por Medicare
 - TFL paga primero
 - Medicare no paga

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

24

Si usted usa un proveedor de Medicare, el mismo le enviará a Medicare la reclamación. Medicare pagará la parte que le corresponde y enviará a TFL la reclamación electrónicamente. TFL entonces le pagará al proveedor directamente por los servicios cubiertos por TRICARE.

- Por los servicios cubiertos tanto por Medicare como por TRICARE, Medicare paga primero y TFL paga el resto del coseguro correspondiente a los servicios cubiertos por TRICARE.
- Por los servicios cubiertos por TRICARE pero no por Medicare, TFL paga primero y Medicare no paga. Usted tiene que pagar el deducible anual de TRICARE y los costos compartidos.
- Por los servicios cubiertos por Medicare pero no por TRICARE, Medicare paga primero y TFL no paga. Usted tiene que pagar el deducible anual de Medicare y el coseguro.
- Por los servicios que no cubre Medicare y tampoco TRICARE, ni Medicare ni TRICARE pagarán y usted será responsable del pago total de los mismos.
- Cuando un beneficiario de TRICARE recibe atención médica en un hospital militar o de cualquier otro proveedor federal, TRICARE pagará la factura. Generalmente, Medicare no paga los servicios que usted haya recibido de un proveedor federal u otra agencia federal.

¿Cuándo es Medicare el pagador primario?

- Medicare es su único seguro médico
- Su otra fuente de cobertura es
 - Una póliza Medigap
 - Medicaid
 - Beneficios jubilatorios
 - Servicio de Salud Indígena
 - Beneficios para veteranos y TRICARE for Life
 - La continuación de cobertura de COBRA
 - Excepto por el período de coordinación de 30 días, para aquellos que padecen de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD)

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

25

- Es importante que sepa quién paga primero si usted tiene Medicare y algún otro tipo de cobertura.
- Para la mayoría de los beneficiarios de Medicare, Medicare es el pagador primario lo que significa que Medicare paga las reclamaciones primero. Algunas situaciones en las que Medicare es el pagador primario incluyen:
 - Medicare es su única fuente de cobertura de los servicios médicos, los servicios del hospital y los medicamentos recetados.
 - Su póliza Medigap u otra póliza de seguro privada **no está** relacionada a su empleo actual. (Este tipo de póliza paga por lo que Medicare no cubre).
 - Usted tiene la cobertura de Medicaid y de Medicare (beneficiario de elegibilidad doble), y no tiene otro seguro que pague antes que Medicare.
 - En la mayoría de los casos, si tiene la cobertura de jubilado. (Para averiguar cómo trabaja su plan con Medicare, consulte el manual de beneficios del plan o la información que su empleador o sindicato le haya proporcionado sobre el plan o llame al administrador de beneficios).
 - Atención médica brindada por el Servicio Médico para Indígenas (IHS)
 - TRICARE For Life (Nota: TRICARE paga por los servicios que reciba de un hospital militar u otro proveedor federal)
 - Si tiene COBRA, excepto si padece de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD). (En breve hablaremos sobre esta cobertura.)

Medicare es el pagador secundario

- De su cobertura de salud grupal de empleador(EGHP)*
 - Si tiene 65 años o más y sigue trabajando: EGHP de 20 o más empleados
 - Discapacidad: EGHP de 100 empleados o más
 - ESRD: Un EGHP de cualquier tamaño después de los 30 primeros meses
- De los planes que no sean de empleador relacionados con
 - El Seguro de Compensación al Trabajador (WC)
 - El Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera (Pulmón Negro)
 - El Seguro de Responsabilidad/Sin Parte Culpable

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

26

- Algunos beneficiarios de Medicare tienen otro seguro o cobertura médica que debe pagar por los beneficios **antes** de que Medicare pague su parte. Esto es válido independientemente del modo en que la persona reciba sus beneficios de Medicare, ya sea del Medicare Original o de un plan Medicare Advantage. Analicemos algunas situaciones en las que Medicare es el pagador secundario.
- De conformidad con la ley, Medicare es generalmente el pagador secundario en estas situaciones:
 - **Persona de edad que trabaja y tiene un EGHP** – Una persona de 65 años o mayor que tiene Medicare y también la cobertura de un Plan de Salud Grupal de su Empleador, y dicha persona o su cónyuge aún está trabajando – inclusive si es su propio empleador) en una empresa con **20 o más** empleados; o si el empleador participa en un plan de salud grupal de empleadores múltiples en el que al menos uno de los empleadores tiene **20 o más** empleados.
 - **Discapacitado con un EGHP** – Si la persona tiene Medicare por su discapacidad (y menos de 65 años) y además la cobertura ofrecida por su empleador actual o el de su cónyuge de una empresa grande con **100 o más** empleados.
 - **Persona que padece de ESRD con un EGHP** – Si la persona tiene Medicare porque padece de ESRD y está cubierto por un Plan de Salud Grupal de Empleador de cualquier tamaño, el plan de salud grupal paga primero durante el **período de coordinación inicial de 30 primeros meses**, después del cual Medicare pasará a ser el pagador primario. La cobertura del EGHP no tiene que estar basada en el empleo actual del beneficiario, su cónyuge o un familiar.
- Medicare también es el pagador secundario en la mayoría de los casos relacionados con otra cobertura que no sea la de un plan de salud grupal, como por ejemplo:
 - **El Seguro de Compensación al Trabajador (WC)** – El beneficiario de Medicare está cubierto por la Compensación al Trabajador y la enfermedad o herida está relacionada con el trabajo.
 - **El Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera** - El beneficiario de Medicare padece de la enfermedad de pulmón negro y está cubierto por el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera
 - **El Seguro de Responsabilidad/Sin Parte Culpable** - El beneficiario de Medicare ha recibido atención médica que puede ser pagada por un seguro de responsabilidad/sin parte culpable, por ejemplo en el caso de un accidente automovilístico, herida en un lugar pública o negligencia médica.

**Página 6 –
Medicare y
Otros
Beneficios de
Salud: Su
Guía sobre
Quién Paga
Primero,
Pub. de CMS
#02179**

Si usted	Situación	Pagador primario	Pagador secundario
Tiene 65 años o más y un plan de seguro médico grupal por su empleo o el por su empleo o el de su cónyuge	Tiene derecho a Medicare	Plan de salud grupal	Medicare
	El empleador tiene 20 o más empleados		
	El empleador tiene menos de 20 empleados*	Medicare	Plan de salud grupal
Tiene un seguro de salud grupal después de jubilarse y tiene 65 años o más	Tiene derecho a Medicare	Medicare	Cobertura de Retirado
Está incapacitado y tiene un plan de seguro de salud grupal grande por su empleo o por el de un familiar que está trabajando	Tiene derecho a Medicare		
	El empleador tiene 100 o más empleados	Plan de salud grupal grande	Medicare
	El empleador tiene menos de 100 empleados	Medicare	Plan de salud grupal
Padece de Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente) y tiene un seguro de salud grupal (incluido un plan para jubilados)	Los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare	Plan de salud grupal	Medicare
	Después de 30 meses	Medicare	Plan de salud grupal
Padece de Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente) y tiene COBRA	Los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare	COBRA	Medicare
	Después de 30 meses	Medicare	COBRA
Tiene 65 años o más O está incapacitado y cubierto por Medicare y COBRA	Tiene derecho a Medicare	Medicare	COBRA

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

27

Nota: El presentador puede usar este cuadro y el cuadro en la diapositiva siguiente, para hablar sobre la coordinación de los beneficios médicos. Refiera a al audiencia a que consulte el cuadro que también se ofrece en el cuaderno de trabajo correspondiente. En caso contrario, tal vez deba mencionar que están disponibles y luego continuar con el módulo.

- Este cuadro y el que aparece en la diapositiva 28 le brindan un resumen breve de quién paga primero en cada situación. Este cuadro está disponible en el cuaderno de trabajo correspondiente (vea el Apéndice A).



Este cuadro aparece en la página 6 de la publicación *Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero*, Pub. de CMS Producto # 02179.



Usted puede consultar esta publicación en medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02179.pdf.

**Página 7 –
Medicare y
Otros
Beneficios
de Salud:
Su Guía
sobre
Quién
Paga
Primero,
Pub. de
CMS
#02179**

Si usted	Situación	Pagador primario	Pagador secundario
Ha estado en un accidente donde participe un seguro de responsabilidad o sin parte culpable	Tiene derecho a Medicare	El seguro sin parte culpable o de responsabilidad, para los servicios relacionados con la reclamación del accidente	Medicare
Tiene seguro de compensación al trabajador/accidente de trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con su empleo	Tiene derecho a Medicare	Seguro de compensación al trabajador para servicios relacionados con la reclamación	Generalmente no se aplica. Sin embargo, Medicare podría hacer un pago condicional.
Es un veterano y recibe los beneficios de VA	Derecho a Medicare y a los beneficios de veteranos	Medicare paga por los servicios cubiertos por Medicare. VA paga por los servicios autorizados por la Administración de Veteranos. Nota: Generalmente Medicare y VA no pueden pagar por el mismo servicio.	Generalmente no se aplica.
Tiene TRICARE	Derecho a Medicare y a TRICARE	Medicare paga por los servicios cubiertos por Medicare. TRICARE paga por los servicios en un hospital militar y de cualquier otro proveedor federal.	TRICARE puede ser el pagador secundario.
Padece de enfermedad de pulmón negro y está cubierto por el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera	Tiene derecho a Medicare y al Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera	El Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera para servicios relacionados con dicha enfermedad	Medicare

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

28

- Este cuadro también está disponible en el cuaderno de trabajo correspondiente (vea el Apéndice A).



Este cuadro aparece en la página 7 de la publicación *Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero*, Pub. de CMS Producto # 02179



Usted puede consultar esta publicación en <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02179.pdf>

Planes médicos grupales de empleador (EGHP, por su sigla en inglés)

- Ofrecidos por muchos empleadores y sindicatos
 - A sus empleadores activos
 - Jubilados
 - Cónyuges y familias
- Puede ser un plan de pago-por-servicio
- O un plan administrado
- Usted puede escoger si acepta la cobertura o no

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

29

- Analicemos algunas situaciones en las que el beneficiario podría obtener la cobertura de un EGHP. La coordinación de beneficios dependerá de si la persona, su cónyuge o familiar está trabajando o está jubilado y del número de empleados que tenga la empresa.
- El seguro médico grupal es la cobertura ofrecida por muchos empleador y sindicatos a sus empleados activos y/o jubilados. Una persona también puede obtener la cobertura de salud grupal del empleador de su cónyuge o de un familiar. Si a una persona que tiene Medicare y le ofrecen la cobertura de un EGHP, puede escoger si la acepta o no. El EGHP puede ser un plan de pago-por servicio o un plan administrado como un HMO.

Un EGHP y una persona de edad que trabaja

- Una persona de 65 años o mayor y
 - trabaja y está cubierta por un EGHP o
 - tiene la cobertura del EGHP de su cónyuge
- Medicare generalmente es el pagador secundario
 - Si el empleador tiene 20 o más empleados
 - Para aquellos que son sus propios empleadores, si tiene la cobertura de un EGHP de un empleador con 20 o más empleados

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

30

- Persona de edad que trabaja se refiere a cualquier persona que tiene por lo menos 65 años de edad y:
 - Actualmente trabaja y tiene la cobertura de un EGHP
 - Está cubierto por el EGHP del empleo de su cónyuge de cualquier edad
- Medicare es el pagador secundario del EGHP de una persona de edad que trabaja si
 - El empleador tiene por lo menos 20 empleados
 - Un empleador con menos empleados pertenece a un plan de empleadores múltiples en el que al menos un empleador tiene 20 o más empleados, a menos que el plan haya pedido formalmente que se lo exima de ser el pagador primario en nombre de dicho empleador.
- Medicare también es el pagador secundario de aquellas personas que son sus propios empleadores, que tienen 65 años o más y están cubiertos por un EGHP de un empleador que tiene por lo menos 20 o más empleados.
- El empleado o su cónyuge pueden cancelar la cobertura de su EGHP y escoger que Medicare sea el pagador primario. Si el empleado o su cónyuge cancelan su EGHP, dicho **empleador no puede ofrecer o subvencionar otro plan que haga pagos suplementarios a Medicare.**

Nota: La ley federal obliga a los empleadores con 20 o más empleados, a que ofrezcan a sus empleados de 65 años o mayores y a sus cónyuges de cualquier edad la misma cobertura que se ofrece en las mismas condiciones a los empleados y sus cónyuges menores de 65 años (una cobertura que pague antes que Medicare). Esta norma de igualdad de beneficios se aplica a la cobertura ofrecida a los empleadores que trabajan a tiempo completo y a tiempo parcial.

Un EGHP y una persona que padece de ESRD

- EGHP es el pagador primario durante los 30 primeros meses.
- Después del período de 30 meses, Medicare será el pagador primario
- Períodos de coordinación de 30 meses separados
 - Cada vez que sea elegible para Medicare porque padece de ESRD
- Solamente es válido para las personas con ESRD
- Para detalles, visite:
 - <http://www.cms.gov/center/esrd.asp>

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

33

- Medicare es el pagador secundario de las personas menores de 65 años con derecho a Medicare por estar discapacitados si tienen la cobertura de un EGHP grande (LGHP) por su empleo actual, su propio empleo o el de un familiar. En este caso, el empleador debe tener 100 o más empleados.
- Medicare también es el pagador secundario para los beneficiarios de Medicare discapacitados y menores de 65 años, si son sus propios empleadores y están cubiertos por un LGHP de un empleador que tiene 100 o más empleados.
- Si cualquier empleador de un plan de empleadores múltiples tiene 100 o más empleados, Medicare será el pagador secundario. Esto incluye a los individuos asociados con empleadores del grupo que tienen menos de 100 empleados.

Un EGHP y una persona que padece de ESRD

- Una persona que tiene Medicare porque padece de ESRD **y** está cubierta por un EGHP de cualquier tamaño
 - Cobertura a través de sí mismo o de un familiar
 - No tiene que estar basada en su empleo actual
- Medicare es el pagador secundario
 - Durante el período de coordinación de 30 meses
 - A menos que Medicare ya pague antes que el plan de jubilado

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

32

- En el caso de una persona que tiene Medicare porque padece de ESRD y también tiene la cobertura de un EGHP por cualquier motivo, puede que Medicare sea el pagador secundario, independientemente del número de empleados de dicho empleador y sin que importe si el beneficiario o su cónyuge están trabajando. Esto se aplica tanto para las personas que tienen su propia cobertura como aquellos cubiertos por un familiar.
- Medicare es el pagador secundario para estos individuos durante el período de coordinación de 30 meses. Este período comienza cuando la persona es elegible para Medicare por primera vez por su ESRD, inclusive si la persona no está inscrita ni tiene la tarjeta de Medicare. Al finalizar el período de 30 meses, Medicare pasará a ser el pagador primario.
- Algunas personas ya tenían derecho a Medicare por su edad o por una discapacidad cuando le diagnosticaron la ESRD. Si ya están cubiertos por un EGHP por su empleo actual que paga antes que Medicare, el EGHP seguirá pagando primero hasta que termine el período de coordinación de 30 días, después del cual Medicare será el pagador primario. Medicare pagará primero después del período de 30 meses, aun para las personas que siguen teniendo la cobertura del EGHP por su empleo actual.
- Sin embargo, las normas del MSP son distintas para las personas que ya tienen derecho a Medicare por su edad o por una discapacidad y tienen la cobertura de un plan de salud grupal de jubilados. Si luego son elegibles para Medicare por su ESRD, Medicare seguirá pagando primero (no hay período de coordinación de 30 meses).

Un EGHP y una persona que padece de ESRD

- EGHP es el pagador primario durante los 30 primeros meses.
- Después del período de 30 meses, Medicare será el pagador primario
- Períodos de coordinación de 30 meses separados
 - Cada vez que sea elegible para Medicare porque padece de ESRD
- Solamente es válido para las personas con ESRD
- Para detalles, visite:
 - <http://www.cms.gov/center/esrd.asp>

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

33

- Si una persona es elegible para Medicare porque padece de una Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere un tratamiento de diálisis o trasplante de riñón), su EGHP será el seguro que paga primero las cuentas médicas y del hospital durante los 30 primeros meses. El período de coordinación de 30 meses comienza el primer mes en que la persona es elegible para Medicare por su insuficiencia renal (generalmente al cuarto mes del tratamiento de diálisis), inclusive si dicha persona aún no está inscrita en Medicare. Al final del período de 30 meses, Medicare pasará a ser el pagador primario. El EGHP podría pagar los servicios que Medicare no cubre.
- Hay un período de coordinación separado de 30 días cada vez que una persona es elegible para Medicare porque padece de ESRD. Por ejemplo, si a una persona le hacen un trasplante de riñón que sigue funcionando por 36 meses, su cobertura de Medicare terminará. Si dicha persona más tarde se inscribe en Medicare nuevamente porque comienza un nuevo tratamiento de diálisis o le hacen otro trasplante, la cobertura de Medicare comenzará inmediatamente. Sin embargo, habrá un nuevo período de coordinación de 30 meses si la persona tiene un EGHP.
- Solamente se aplica a las personas con ESRD, ya sea que tenga un plan de salud grupal por su trabajo o el de un familiar.



Para más detalles, por favor visite <http://www.cms.gov/center/esrd.asp>.

Planes de Salud para Jubilados

- Medicare paga primero
- La cobertura de jubilado paga después
 - Podría ofrecer beneficios extra
 - La cobertura de los medicamentos recetados
 - Cuidado dental de rutina
 - Consulte el manual del plan
 - Cobertura para el cónyuge
 - El empleador/sindicato puede cambiar los beneficios, las primas o cancelar la cobertura

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

34

- Por lo general, Medicare pagará primero y el plan de jubilado será el pagador secundario. La cobertura de jubilado puede pagar por los servicios que Medicare no cubre y además ofrecer algunos beneficios adicionales como el cuidado dental. Las personas que no saben cómo trabaja su cobertura de jubilado con Medicare deben consultar el manual de beneficios del plan o ver el resumen de beneficios del plan que le proporciona su empleador o sindicato. Los trabajadores que estén por jubilarse deben averiguar si el seguro médico de su empleador continuará cuando se jubilen, y deben fijarse en los precios y beneficios y averiguar si también estará cubierto el cónyuge. También deben fijarse como influiría la cobertura de jubilado en las protecciones del seguro médico suyo y de su cónyuge.
- La cobertura de jubilado brindada por un empleador o sindicato podría limitar la cantidad que paga. También podría ofrecer una "cobertura de exceso de pérdidas", un límite al gasto de su bolsillo. El beneficiario puede también llamar al administrador de beneficios y preguntarle cómo paga su plan cuando usted tiene Medicare.
- Recuerde que el empleador o sindicato tiene el control sobre la cobertura médica que les ofrece a los jubilados. El empleador o sindicato puede cambiar los beneficios, las primas y hasta podría cancelar el seguro.
- Más adelante, hablaremos sobre el Seguro Médico para los Empleados Federales (FEHBP por su sigla en inglés).

Nota: En el caso de los jubilados que tienen Medicare porque padecen de ESRD, Medicare será el pagador secundario durante el período de coordinación de 30 meses.

Lección 3 - La coordinación de los beneficios de las recetas médicas

- Otra cobertura de medicamentos posible
- Identificación del pagador correspondiente

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

35

- *La coordinación de los beneficios de recetas médicas* le explica cómo se coordina la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados con otro tipo de cobertura de medicamentos. Es importante saber quién es el pagador primario y el secundario.

Otra cobertura posible de medicamentos

- | | |
|--|---|
| ▪ Programas Medicaid | ▪ Proveedores de beneficencia |
| ▪ Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs) | ▪ Cobertura del Servicio de Salud para Indígenas |
| ▪ Programas Caritativos y de Ayuda al Paciente (PAPs) | ▪ Cuentas personales de ahorros médicos |
| ▪ Programas de Ayuda con los Medicamentos para el SIDA (ADAPs) | ▪ Cobertura de la Parte B de los medicamentos recetados |
| | ▪ FEHBP |
| | ▪ VA |
| | ▪ TRICARE |

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

36

- Existen otros tipos de cobertura de recetas médicas que usted puede tener además de la cobertura de recetas médicas de Medicare.
- Además de los otros planes, como los de empleador/sindicato, otros ejemplos incluyen:
 - Los programas estatales Medicaid
 - Varios programas de ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados, como
 - Los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs)
 - Los Programas de Caridades y de Ayuda al Paciente a través de los fabricantes de medicamentos (PAPs)
 - Los Programas de Ayuda con los Medicamentos para el SIDA (ADAPs)
 - La cobertura a través de
 - Proveedores de beneficencia, como los Centros de Salud Calificados Federalmente y los Centros de Salud Rurales.
 - El Servicio de Salud para Indígenas (IHS)
 - Las cuentas personales de ahorros médicos, como las Cuentas para Gastos de la Salud (HSA) y las Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSAs)
 - La Parte B de Medicare
 - FEHBP
 - VA
 - TRICARE

Requisitos de la Ley de Modernización de Medicare (MMA)

- Los planes de la Parte D deben coordinar los beneficios
 - Con otros pagadores de cobertura de recetas médicas
 - El pago debe hacerse en la farmacia (o “lugar de venta”)
- MMA obliga o aconseja
 - Que se compartan los archivos de inscripción
 - Que haya coordinación en el procesamiento de los reclamos y los pagos
 - Que se reconcilien los informes sobre los reclamos
 - Que se ofrezca protección contra el aumento de los gastos del bolsillo y otros puntos definidos por CMS

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

37

- La Ley de Modernización de Medicare (MMA) obliga a los planes de la Parte D a coordinar los beneficios con estos otros programas que cubren las recetas médicas. La coordinación en el contexto de la Parte D significa que la coordinación de los beneficios (pago de los reclamos primarios, secundarios y terciarios) se realiza en la farmacia (“lugar de venta”)
- MMA obliga—o en algunos casos solamente aconseja— a que se compartan los archivos de inscripción, que haya coordinación en el procesamiento de los reclamos y los pagos; que se reconcilien los informes sobre los reclamos; que se ofrezca protección contra el aumento de los gastos del bolsillo; y otros puntos definidos por CMS.

Identificación del pagador correspondiente

- Contratista COB de la Parte D
- Emblem Health (previamente GHI)
 - Emblem health - Centraliza la COB para Medicare
 - Relay Health facilita la coordinación de los TrOOP (gastos reales del bolsillo)

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

38

- El Contratista de COB recaba y le proporciona a CMS información sobre otros seguros médicos que tengan los beneficiarios de Medicare.
- El contratista COB de la Parte D es Emblem Health previamente Group Health Inc. (GHI)
 - Emblem Health – Centraliza la COB para Medicare
 - Relay Health facilita la coordinación de los TrOOP (gastos reales del bolsillo)
- Comuníquese con el contratista de COB para:
 - Informar sobre cambios de empleo o cualquier información sobre su otro seguro.
 - Reportar un caso correspondiente al seguro de responsabilidad, seguro automotor/sin parte culpable o compensación al trabajador.
 - Hacer preguntas generales sobre Medicare como Pagador Secundario (MSP).
 - Hacer preguntas sobre las cartas y cuestionarios de Medicare como Pagador Secundario (MSP).
- El contratista de TrOOP usa la información sobre otros seguros proporcionada por el contratista de COB y envía del lugar de venta la información sobre los reclamos secundarios al patrocinador de la Parte D para ayudarle a calcular los gastos reales del bolsillo correctamente.

Cobertura de recetas médicas de Medicare (La Parte D)

- Medicare por lo general paga primero
 - El plan de la Parte D paga primero
- Situaciones relacionadas con los Planes Grupales de Empleador
 - El plan de la Parte D no acepta ser el pagador primario
- Situaciones que no están relacionadas con los Planes de Salud Grupales de Empleador
 - El plan de la Parte D hace un pago condicional primario
 - Para evitar que el beneficiario pague de su bolsillo
 - Luego se le reembolsa dicho pago a Medicare

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

39

- Por lo general, Medicare es el pagador primario de las recetas médicas. Toda vez que Medicare sea el principal, el plan de la Parte D recibirá una factura y pagará primero.
- Cuando Medicare es el pagador secundario, los planes de la Parte D siempre se negarán pagar el reclamo primero. Esto se aplica a:
 - Las personas de edad que trabajan (mayores de 65 años que aún trabajan) que tienen Medicare Y un EGHP con menos de 20 empleados
 - Una persona discapacitada con un EGHP grande que tenga menos de 100 empleados
 - Una persona que padezca de ESRD y que tenga un EGHP de cualquier tamaño, después del período de coordinación de 30 meses.
- Cuando Medicare es el pagador secundario de un seguro que no sea un plan de salud grupal, o cuando un plan no sabe si el medicamento cubierto está relacionado a un accidente, los planes de la Parte D siempre harán un pago primario “condicional” para evitar que el beneficiario tenga que pagarlo de su bolsillo, excepto en ciertas situaciones. El plan de la Parte D **no** pagará si sabe que el beneficiario tiene un seguro de compensación al trabajador, participa del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera, o tiene cobertura sin parte culpable/de responsabilidad, y se ha determinado anteriormente que cierto medicamento se ha usado exclusivamente para tratar la lesión producto del accidente. Por ejemplo, cuando un beneficiario renueva una receta que anteriormente fue pagada por la compensación al trabajador, el plan de la Parte D podría negarse a ser el pagador primario del medicamento y actuar como MSP.
- El pago es “condicional” porque hay que devolvérselo a Medicare una vez que se haya llegado a un acuerdo, sentencia o adjudicación.



El acuerdo propuesto o la actualización sobre el caso se le debe comunicar a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE y hablando con el Contratista de Coordinación de Beneficios, o enviándole los documentos pertinentes por correo al contratista de COB.

Otra cobertura de recetas médicas y la inscripción en la Parte D

- Si su cobertura de medicamentos actual es válida
 - La cobertura es al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare
 - Puede quedársela por todo el tiempo que la ofrezcan
 - No tendrá que pagar la multa si se inscribe en la Parte D más tarde
- Si su cobertura de medicamentos actual **NO** es válida
 - La cobertura no es tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare
 - Puede inscribirse en la Parte D entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre del 2011
 - La cobertura empieza el 1 de enero
 - Si se inscribe después tendrá que pagar la multa

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

40

- La multa por inscripción tardía en la Parte D es un factor importante que las personas que tienen otra cobertura de medicamentos deben tener en cuenta. Aquellos que esperen para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, tal vez tengan que pagar una prima más cara si su cobertura de medicamentos actual no es válida. Los beneficiarios deben fijarse en el aviso anual que les envía el plan o hablar con el administrador de beneficios para obtener información. El envío del aviso anual generalmente se coordina con el período abierto de inscripción del EGHP.
- Si su otra cobertura es por lo menos tan buena como la cobertura de las recetas médicas de Medicare, el beneficiario puede quedársela por todo el tiempo que la ofrezcan. No tendrá que pagar una prima más alta si más tarde decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.
- Si su otra cobertura **NO** es tan buena como la cobertura de las recetas médicas de Medicare, y no se inscribe en un plan de Medicare cuando es elegible por primera vez, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre cada año pero tendrá que pagar una prima mensual más cara.
- La cobertura empieza el 1 de enero.

La Parte D y Medicaid

- Las personas que tienen Medicare y Medicaid
 - Obtienen la cobertura de sus recetas médicas de Medicare
 - Pueden obtener ayuda si tienen ingresos bajos (“Ayuda Adicional”)
- Los estados pueden optar por cubrir los medicamentos que la Parte D no cubre
 - No se tiene en cuenta para el límite de TrOOP
- COB entre los planes, los estados y las farmacias
 - No se requiere
 - Si lo desean, los planes de la Parte D pueden compartir información
 - Algunos Planes para Necesidades Especiales coordinan los servicios para los beneficiarios de Medicaid

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

41

- Conforme con la Ley de Modernización de Medicare (MMA), los programas Medicaid estatales ya no reciben subsidios federales para pagar por los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Por lo tanto, las recetas médicas de aquellas personas con Medicare y los beneficios completos de Medicaid (“doblemente elegibles”), ahora están cubiertas por Medicare en vez de Medicaid. Los estados aún tienen la opción de que Medicaid cubra los medicamentos que MMA ha excluido de la cobertura de la Parte D. El estado puede recibir fondos federales solamente para cubrir aquellos medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D. Sin embargo, la cobertura de Medicaid de los medicamentos que no cubre la Parte D no se tiene en cuenta como gastos reales de su bolsillo para alcanzar la cobertura catastrófica.
- Muchos programas Medicaid escogen continuar pagando por algunos o todos los medicamentos que la Parte D no paga para garantizarle a sus beneficiarios la cobertura de las recetas médicas. Sin embargo, la coordinación de los beneficios entre la farmacia y los programas Medicaid estatales no forman parte del proceso automatizado para facilitar el cálculo de los TrOOP, porque Medicaid no es un pagador alternativo de los reclamos de la Parte D. Pero, los planes de la Parte D pueden crear un proceso para informar a la farmacia que Medicaid es el que paga, si el pago del reclamo ha sido denegado porque el medicamento no está cubierto por la Parte D y no hay otro seguro que lo pague. CMS no puede requerir el intercambio de información entre los planes de la Parte D y los estados, pero aconseja que se comparta información sobre los beneficiarios compartidos, siempre y cuando se haga dentro de las normas de privacidad estipuladas por HIPAA.
- Algunos Planes para Necesidades Especiales coordinan los servicios cubiertos por Medicare, incluido el beneficio de las recetas médicas para las personas que tienen Medicare y Medicaid.



Referencia en MMA: sección 1927(d)(2) de la Ley del Seguro Social.



Para más información acerca de COB y Medicaid por favor visite www.cms.hhs.gov/home/medicaid.asp.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP) Calificados

- Brinda cobertura secundaria a la cobertura de la Parte D
 - Las contribuciones cuentan para el límite de los TrOOP
- Pueden optar por participar en la COB y usar los servicios del contratista de TrOOP (*TrOOP facilitation*), para ayudarles
 - A complementar la cobertura de la Parte D
 - Acelerar los reembolsos por pagos erróneos
 - Facilitar el acceso oportuno a los medicamentos
- Algunos pueden inscribir a los miembros en la Parte D
- No deben ser discriminatorios

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

42

- Los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés) actúan como cobertura secundaria a la de la Parte D. Los SPAP Calificados tienen una característica única que los diferencia de los otros programas, porque cualquier pago que realicen en nombre de sus miembros para complementar los beneficios de la Parte D, antes de que los miembros hayan llegado al límite de gastos de su bolsillo **se tendrá en cuenta** como gasto directo de su bolsillo (TrOOP).
- A los SPAP no se les obliga pero se les aconseja participar en la COB y en el intercambio de información del coordinador de TrOOP. Si lo hacen, podrán:
 - Recibir información sobre los subsidios por bajos ingresos de los miembros de los planes para complementar mejor la cobertura de la Parte D.
 - Ayudarle a los planes de la Parte D a hacer reembolsos por pagos erróneos que los miembros hayan hecho a sus planes entre la fecha de elegibilidad para la Ayuda Adicional y el momento en que dicho subsidio fue procesado por el plan.
 - Facilitar las transacciones en la farmacia de los miembros con bajos ingresos, que van a comprar sus medicamentos sin tener consigo la tarjeta identificadora correspondiente.
- Ciertos SPAP podrían inscribir a sus miembros en los planes de la Parte D directamente, utilizando una metodología aprobada por CMS.
- Por definición, los SPAP calificados no deben discriminar respecto al alcance, la inscripción y la comercialización compartida (*co-branding*) y deben seguir las pautas estipuladas por CMS para estas actividades



Si desea más información, visite www.cms.gov/States/07_SPAPs.asp.

Programas Caritativos y de Ayuda al Paciente (PAP por su sigla en inglés)

- Patrocinados por
 - Compañías farmacéuticas
 - Otras entidades
- Brindan a las personas con bajos ingresos
 - Ayuda económica
 - Con los costos compartidos o las primas
 - Productos gratuitos
 - Para los que tienen ingresos por debajo del 200% del nivel federal de pobreza
 - No tienen cobertura de las recetas médicas
 - O la cobertura de medicamentos es insuficiente

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

43

- Los fabricantes farmacéuticos y otras entidades patrocinan varios Programas Caritativos y de Ayuda al Paciente (PAP) para brindar ayuda económica (para el pago de los costos compartidos o las primas) o productos gratuitos (a través de donaciones de servicios y productos) a los pacientes con bajos ingresos, especialmente aquellos cuyos ingresos estén por debajo del 200% del nivel federal de pobreza y no tengan cobertura de las recetas médicas o si la tienen no sea suficiente.

Programas de Ayuda con los Medicamentos para el SIDA

- Ayudan a pagar los medicamentos para el VIH/SIDA
- Las contribuciones cuentan para los TrOOP ← 
 - A partir del 1 de enero de 2011
- Pueden optar por participar en la COB
 - Electrónicamente en el “lugar de venta” o
 - Enviando reclamos impresos al contratista de TrOOP

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

44

- Los Programas de Ayuda con los Medicamentos para el SIDA (ADAP por su sigla en inglés) son subsidiados al amparo de la Ley Ryan White CARE y son una parte integral de la red para los pacientes con VIH/SIDA. Estos programas complementan las faltas de cobertura de los seguros públicos y privados de los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA.
- La ayuda de ADAP con los costos compartidos de la Parte D se tendrá en cuenta para el límite de los TrOOP para llegar a la cobertura catastrófica a partir del 1 de enero de 2011.
- Cuando los ADAP escogen participar en la COB voluntariamente, pueden hacerlo electrónicamente en el lugar de venta, gracias a los acuerdos de intercambio de información con CMS, enviando los reclamos en el formulario en lote (*batch form*) al contratista de TrOOP.



Vea la sección 3314 de la Ley de protección al paciente y de atención médica asequible (H.R. 3590) de 2010.

Proveedores de beneficencia

- Atienden a las comunidades de bajos ingresos
- Algunos ejemplos incluyen
 - Los Centros de Salud Aprobados Federalmente
 - Las Clínicas de Salud Rural
 - Los Hospitales de Acceso Crítico
- Ofrecen servicios a través de una “farmacia cerrada”
- Muchos participan en el Programa de Precios de Medicamentos 340B
 - Que les permite adquirir los medicamentos recetados a precios más baratos.

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

45

- Las organizaciones de proveedores de beneficencia ayudan a las personas con ingresos limitados. Estas organizaciones incluyen a los centros y clínicas comunitarias federales, estatales y locales, muchos de los cuales se consideran como Centros de Salud Aprobados Federalmente; los sistemas de hospitales públicos y los departamentos de salud locales. En algunas comunidades también incluyen a los hospitales escuela, los hospitales comunitarios y las clínicas ambulatorias. Otros ejemplos de redes de beneficencia son las clínicas de salud rurales, los hospitales de acceso crítico, las clínicas que reciben subvenciones de Ryan White para el VIH/SIDA y las clínicas administradas por enfermeras.
- Muchos de estos proveedores ofrecen medicamentos recetados y servicios farmacéuticos a sus propios pacientes en vez de al público en general. Este acceso puede brindarse a través de una “farmacia cerrada”— o sea una farmacia que no atiende al público general y que es más pequeña y menos visible que las farmacias de atención al público.
- Aproximadamente 12,000 organizaciones de proveedores de beneficencia participan en el Programa de Precios de Medicamentos 340B, de la Administración de Recursos y Servicios de Salud, que les permiten adquirir los medicamentos recetados con descuentos significativos. La participación en dicho programa permite que las farmacias le vendan a sus pacientes los medicamentos que necesitan a un precios más bajo que el precio de comercialización.



Si desea más información visite <http://www.hrsa.gov/opa/introduction.htm>

Opciones de planes de medicamentos recetados de un empleador o sindicato

- Opciones de EGHP
 - Acepta el subsidio de medicamentos para jubilados
 - Escoge ser un plan de Medicare de medicamentos recetados
 - Completa la cobertura de los planes Medicare de medicamentos recetados
 - Paga la prima del plan Medicare de medicamentos recetados de sus miembros
- Pueden cambiar en cualquier momento del año
 - No están obligados a hacer cambios durante un período de inscripción específico

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

46

- La MMA les permite a los empleadores y sindicatos la flexibilidad de diseñar sus beneficios, para de este modo alentarlos a que mantengan y mejoren la cobertura que ofrecen.
- Los planes pueden escoger entre varias opciones.
- Opciones de los EGHP:
 - Muchos planes optan por el subsidio de medicamentos para jubilados
 - Estos planes pueden pedirles a sus miembros que escojan entre la cobertura de las recetas médicas de Medicare o la del EGHP
 - Algunos planes pueden escoger ser un plan Medicare de medicamentos recetados
 - Algunos planes pueden escoger complementar la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados
 - Algunos planes pueden escoger para las primas de los planes Medicare de medicamentos recetados de sus miembros
- La opción que el EGHP escoja puede cambiar en cualquier momento durante el año debido a que estos no están obligados a hacer cambios durante un período abierto o anual de inscripción específico.

Consideraciones importantes para las personas que tienen la cobertura de jubilados

- Muchos planes de jubilados ofrecen una cobertura amplia para toda la familia
 - Los empleadores/sindicatos deben divulgar cómo trabaja su plan con la cobertura de las recetas médicas de Medicare
 - Si desea más información, hable con el administrador de beneficios
- Las personas que cancelan su cobertura de medicamentos para jubilados
 - Pueden perder su cobertura médica
 - Tal vez no puedan recuperarla
 - Los miembros de su familia podrían perder su cobertura

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

47

- Como mencionamos anteriormente cuando tratamos sobre la cobertura médica, los beneficiarios de Medicare que tienen un plan de jubilado de su empleador o sindicato que cubre las recetas médicas, deben evaluar cuidadosamente sus opciones. Las necesidades de una persona pueden cambiar cada año según su estado de salud y su situación económica. Las opciones de planes de los empleadores o sindicatos también pueden cambiar cada año. Por ley, cada año los planes deben informarle a sus miembros cómo trabaja la cobertura del plan con los planes Medicare de medicamentos recetados. Si un beneficiario de Medicare pierde su cobertura “válida”, tiene 63 días para conseguir otra cobertura similar antes de que le cobren una multa por inscripción tardía. Comuníquese con el administrador de beneficios del EGHP para obtener información y averiguar cómo trabaja la cobertura del EGHP con los planes Medicare de medicamentos recetados.
- Al tomar la decisión sobre si desea mantener o cancelar su cobertura de jubilado de su antiguo empleador o sindicato, hay varias cosas que debe considerar.
 - La mayoría de los planes de jubilados ofrecen una cobertura de las recetas médicas que es comparable a la cobertura ofrecida por los planes Medicare de medicamentos recetados, y por lo general también beneficios médicos y de hospitalización generosos para el jubilado y su familia, lo cual es muy importante para aquellos que sufren enfermedades crónicas o deben ser hospitalizados frecuentemente.
 - Si usted cancela su cobertura de salud grupal de jubilado, tal vez no pueda recuperarla.
 - Además, tal vez no puede cancelar su cobertura de medicamentos a menos que también cancele su cobertura médica y del hospital.
 - Los miembros de su familiar que estén cubiertos por la misma póliza también podrían verse afectados, por lo tanto, cualquier decisión sobre su cobertura de medicamentos debe tomarse teniendo en cuenta el estado de salud y las necesidades de cobertura de toda la familia.

Personas que tienen la cobertura de jubilado y son elegibles para la “Ayuda Adicional”

- Aquellos con ingresos y recursos limitados
 - Con ingresos por debajo del 150% del nivel federal de pobreza
- Pagan muy poco por los medicamentos si tienen un plan de la Parte D
- CMS inscribe automáticamente a los beneficiarios que tienen Medicare y los beneficios completos de Medicaid
 - Incluidos aquellos que tienen la cobertura de jubilados
 - Tal vez tenga que escoger entre la cobertura de medicamentos de Medicare y la de su plan de jubilado

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

48

- Las personas con ingresos y recursos limitados, equivalentes al o por debajo del 150% del nivel federal de pobreza, pueden ser elegibles para recibir Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de Medicare de las recetas médicas. Las opciones de planes para los beneficiarios en esta categoría que también tienen un plan de empleador o sindicato, podrían estar más comprometidas comparado a otros grupos de individuos, porque:
 - La Ley de Modernización de Medicare (MMA) obliga a CMS a inscribir a todas las personas elegibles para Medicare y para los beneficios completos de Medicaid (doblemente elegibles) en un plan Medicare de la Parte D, para asegurarse de que sus recetas médicas sean cubiertas, dado que Medicaid ya no paga por sus medicamentos. Esta norma NO incluye una excepción para aquellos que tienen la cobertura de sus recetas médicas de su antiguo empleador o sindicato. Sin embargo, dichos individuos pueden llamar al 1-800-MEDICARE o al plan que CMS les ha escogido si desean rechazar la cobertura de la Parte D. CMS también inscribe a otras personas que son elegibles para la Ayuda Adicional, pero no a aquellos cuyos empleadores o sindicatos optan por el subsidio de medicamentos para jubilado.
 - Muchos planes de empleador o sindicato optan por el Subsidio de medicamentos para jubilado y le informan a sus miembros, que solamente seguirán recibiendo los beneficios (en algunos casos los beneficios de salud y de medicamentos) si NO se inscriben en un plan Medicare de medicamentos recetados.
- Estas personas deben escoger entre inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados y perder su cobertura de empleador o sindicato (y la de sus dependientes), o quedarse con la cobertura de empleador o sindicato y rechazar el plan Medicare de medicamentos recetados, aun cuando Medicare le brinda una amplia cobertura de medicamentos por un costo mínimo para los que reciben la Ayuda Adicional. En algunos casos, beneficios tales como la cobertura de Medicaid de los gastos del asilo para ancianos y los beneficios del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) también podrían verse afectados.

La cobertura de jubilado y la Ayuda Adicional

- CMS aconseja a los empleadores/sindicatos que
 - Les permitan a aquellas personas a quienes se les canceló la cobertura por error, que vuelvan a inscribirse
 - Permitan que se otorguen paquetes separados para los familiares
 - Agreguen una opción de cobertura complementaria
 - Ayuden a los jubilados que optaron por no aceptar la cobertura de Medicare de las recetas médicas
 - Coordinen los beneficios con los programas Medicaid estatales y otros programas de ayuda

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

49

- Para ayudar a los beneficiarios de Medicare de bajos ingresos a tomar decisiones y minimizar las consecuencias desagradables, CMS insta a los empleadores y sindicatos a diseñar beneficios para los jubilados con cierta flexibilidad en algunas áreas,
 - Ofreciendo una transición/período de corrección flexible (permitiendo que a quienes se les canceló la cobertura por error, vuelvan a inscribirse)
 - Permitiendo que los cónyuges y dependientes sigan recibiendo la cobertura cuando el jubilado se inscriba en un plan Medicare de medicamentos recetados
 - Agregando una opción de cobertura complementaria
 - Brindando información para ayudar a los jubilados a rechazar la cobertura de Medicare de las recetas médicas cuando eso sean lo que desean hacer
 - Coordinando con los programas Medicaid estatales y otros programas de ayuda

¿Cómo trabajan los programas caritativos y de ayuda farmacéutica con la Parte D?

- Los programas caritativos pueden complementar los beneficios de la Parte D
- Pueden participar en la COB
 - Electrónicamente en el lugar de venta o
 - Enviando reclamos impresos al contratista de TrOOP
- Los Programas de Ayuda Farmacéutica patrocinados por las empresas farmacéuticas pueden ofrecer sus beneficios separados del beneficio de la Parte D
 - No hay interacción con el contratista de TrOOP
 - Los PAP deben coordinar sus beneficios con los planes de la Parte D

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

50

- Cualquier ayuda económica que un programa caritativo ofrezca a un beneficiario de la Parte D se tendrá en cuenta para el límite de TrOOP necesario para alcanzar la cobertura catastrófica, a menos que sea un plan de salud grupal, un seguro, un programa subvencionado por el gobierno o cualquier otro arreglo de pago. Los miembros de los programas caritativos pueden presentar una tarjeta de identificación en el lugar de venta para obtener la ayuda económica. Las caridades que escogen participar en el intercambio electrónico de información, pueden acelerar la adjudicación de las reclamaciones en el lugar de venta. Algunos programas caritativos obligan a sus miembros a presentar un reclamo impreso y luego envían los reclamos en el formulario en lote (*batch form*) al contratista de TrOOP para calcular nuevamente los gastos reales del bolsillo (TrOOP).
- En cumplimiento con las directrices recientes de OIG, Los PAP pueden crear su propia estructura para continuar brindando a los miembros de la Parte D ayuda en bienes y servicios siempre que se ofrezcan fuera del beneficio de la Parte D. En otras palabras, el valor de la ayuda en bienes y servicios no se tendrá en cuenta para el límite de los TrOOP del beneficiario y será una ayuda completamente separada del beneficio de la Parte D. CMS insta a los PAP a que compartan sus archivos relacionados con la elegibilidad con CMS, para que los planes de la Parte D estén al tanto de cuáles son sus miembros elegibles para la ayuda de los PAP, y puedan actualizar sus sistemas para que muestren cuando un medicamento es proporcionado gratuitamente bajo el PAP. (Los PAP pueden cobrarle un copago pequeño al brindarle esta ayuda en bienes o servicios, y este copago puede tenerse en cuenta para el límite de los TrOOP. El beneficiario de Medicare tendrá que presentar un reclamo impreso al plan de medicamentos recetados junto con la documentación que demuestre que ha hecho el copago.)



Si desea más información, visite

www.cms.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/Downloads/PAPInfo_01.24.06.pdf y

www.cms.gov/apps/files/factsheets/Tauzin%20PAP.pdf

¿Cómo trabajan los proveedores de beneficencia con la Parte D?

- Se aconseja a los planes de la Parte D que contraten a proveedores de beneficencia (*safety-net providers*)
- La ayuda de los proveedores de beneficencia
 - Generalmente no cuenta para los TrOOP
 - Cuentan para los TrOOP si no se publicita Y se
 - Ofrece de un modo que no sea rutinario
 - Se ofrece a las personas que reciben la Ayuda Adicional

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

51

- Los patrocinadores de la Parte D no tienen obligación de contratar proveedores de beneficencia. Sin embargo, CMS creó un incentivo para que los planes contraten a los proveedores de beneficencia, al permitirle que consideren a los Centros de Salud Aprobados Federalmente y a las farmacias de las clínicas de salud rurales como parte de su red de farmacias.
- La MMA agregó una excepción a su estatuto *anti-kickback* para que se les permita eximir del pago o reducir los costos compartidos dentro de ciertos parámetros. Estos parámetros varían dependiendo de que el miembro del plan de la Parte D reciba o no el subsidio por bajos ingresos (Ayuda Adicional). Por lo general estas exenciones o reducciones de los costos compartidos se tendrán en cuenta para el límite de los TrOOP.
- Sin embargo, fuera de estos parámetros limitados establecidos por el estatuto, la cobertura beneficiaria no se tendrá en cuenta para los TrOOP. La mayoría de las farmacias de proveedores de beneficencia pertenecen a programas de salud subvencionados por el gobierno. Estos programas no pueden complementar los beneficios de la Parte D y por lo tanto hacer que dichas contribuciones se tengan en cuenta para el límite de los TrOOP. En consecuencia, en la mayoría de los casos, los pagos complementarios de las farmacias de proveedores de beneficencia no contarán para los TrOOP.



Si desea más información visite

www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/InfoforPartDSponsorsonSafetyNetProviders.pdf.

Servicio de Salud para Indígenas (IHS por su sigla en inglés)

- Copagos o deducibles
 - No paga por los servicios obtenidos de las farmacias de HIS o Tribales
 - Podrían cobrarse cuando se obtengan en las farmacias urbanas
 - Se cobran cuando se obtienen en farmacias que no son de I/T/U
 - IHS/Tribales/Urbanas Indígenas

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

52

- Por costumbre y reglamento, a los Nativos Americanos/Nativos de Alaska (AI/AN por su sigla en inglés) que tienen Medicare no se les pueden cobrar un costo compartido. Los centros del Servicio de Salud para Indígenas, Tribales o Urbanos para indígenas (I/T/U) deben eximir a sus pacientes del pago de los deducibles o copagos que les hubiera cobrado el plan de la Parte D.
- En ciertas zonas, las organizaciones Tribales que usan solamente dinero de la tribu para ayudar a los beneficiarios con los costos compartidos de la Parte D, se pueden tener en cuenta para el límite de TrOOP. Los planes de la Parte D pueden establecer un proceso manual para recibir esta información y ajustar el cálculo apropiadamente.

¿Cómo trabaja el IHS con la Parte D?

■ TrOOP

- Los fondos federales (IHS) cuentan para los TrOOP ← **Nuevo en 2011**
 - A partir del 1 de enero de 2011
- Los fondos tribales que no provengan de una fuente federal cuentan para los TrOOP
 - Los fondos usados para pagar los copagos y deducibles
 - Los planes de medicamentos recetados trabajan con las farmacias del IHS y las tribales para el seguimiento de los TrOOP

■ Todas las farmacias de la red de la Parte D deben

- Ofrecer contratos a las farmacias de I/T/U de la región
- Ofrecer acceso conveniente

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

53

- A partir del 1 de enero de 2011, la ayuda de las farmacias de I/T/U para pagar los costos compartidos de la Parte D se tendrá en cuenta para el límite de los TrOOP para llegar a la cobertura catastrófica.
- La COB con las IHS y Tribales se relaciona con el contrato que tienen como farmacias de la red. El reglamento obliga a los patrocinadores de la Parte D a ofrecer contratos a todas las farmacias de I/T/U que operen en sus áreas de servicio. Los planes también deben demostrarle a CMS que le brindan acceso conveniente a las farmacias de I/T/U a todos los miembros que sean AI/AN.
- Un I/T/U es una farmacia operada por el Servicio de Salud para Indígenas, una tribu India o una organización tribal, o una organización urbana India, las cuales están definidas en la sección 4 de la Ley de mejora de los servicios de la salud para indígenas, 25 USC 1603.



Para más información, visite www.cms.gov/AIAN/.

Cuentas de ahorros médicos personales

- La ayuda cuenta para los TrOOP cuando no esté estructurada como un plan de salud grupal
 - Cuentas de Ahorros Médicos
 - Cuentas flexibles de gastos
 - Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare
- La ayuda no se tiene en cuenta para los TrOOP
 - Cuando esté estructurada como un plan de salud grupal
 - Acuerdos de reembolsos médicos
 - Deben participar en la COB

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

54

- Los ahorros médicos personales estructurados como planes de salud grupales no se pueden tener en cuenta para el límite de los TrOOP, mientras que los que no estén estructurados como planes de salud grupales sí serán tenidos en cuenta. Los reglamentos de CMS estipulan que las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Las Cuentas Flexibles de Gastos (FSA) y las Cuentas Archer de Ahorros Médicos de Medicare (MSAs)* no son planes de salud grupales y en consecuencia los beneficios se tendrán en cuenta para el límite de los TrOOP. Las Archer MSA ayudan a los individuos que son sus propios empleadores y a los empleados de ciertas empresas pequeñas a pagar los costos de salud del titular de la cuenta, su cónyuge o sus dependientes.
- **MSA de Medicare** – Medicare ofrece a sus beneficiarios un plan de deducible alto con una cuenta de ahorros en la que Medicare pone dinero, generalmente a principios del año. El dinero depositado y sus ganancias no pagan impuesto si se lo usa para los gastos médicos autorizados. Una vez que se haya pagado el deducible anual, los servicios cubiertos por Medicare serán pagados por el plan de seguro médico. La cantidad que no se use durante el año se acumula con la del año siguiente para el pago de los gastos médicos aprobados, inclusive si la persona ya no está inscrita en un plan con un deducible alto.
- **Acuerdos de reembolsos médicos**- Son considerados como planes de salud grupales que deben cumplir todos los requisitos de los planes que ofrecen la cobertura de las recetas médicas. Los beneficios proporcionados no se tienen en cuenta para el límite de los TrOOP. La participación en la COB se puede realizar electrónicamente en el lugar de venta, o enviando los reclamos impresos en el formulario en lote (*batch form*) al contratista de TrOOP.



Si desea más información, visite

www.cms.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1894

Las Partes B y D de Medicare

- Los sistemas no se coordinan automáticamente
- Las directrices le ayudan a diferenciar
 - Los medicamentos cubiertos por la Parte B
 - Los medicamentos cubiertos por la Parte D
- Los detalles están disponibles en el sitio Web de CMS

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

55

- CMS no estableció un procedimiento automático de intercambio de datos para situaciones en las que la aseguradora de la Parte B deniega el pago de un reclamo de la Parte B, y luego envía el reclamo al plan de la Parte D correspondiente (o al agente que procesa los reclamos de la Parte D) a través del contratista de TrOOP. La implementación futura requerirá cambios en los estándares de información de HIPAA para acomodar el intercambio de datos entre las aseguradoras de la Parte B y los planes de la Parte D. La aprobación de los cambios a los estándares de HIPAA puede demorar varios años.
- Se han establecido directrices para poder diferenciar los medicamentos cubiertos por la Parte B y los que cubre la Parte D.



Consulte la publicación de CMS número 11315P *Información que pueden usar los socios sobre: La cobertura de las Partes A, B y D de Medicare de las recetas médicas* visitando www.cms.gov/partnerships/downloads/11315-P.pdf.

¿Cómo trabaja FEHB con la Parte D?

- FEHB es considerado como cobertura válida de medicamentos
 - Es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare de las recetas médicas
- Los beneficiarios pueden tener la cobertura de FEHB y la de la Parte D
 - Si agrega la cobertura de la Parte D ahorrará poco o nada
 - A menos que sea elegible para la Ayuda Adicional
- El contratista de COB obtiene y mantiene la información sobre la inscripción

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

56

- La Oficina de Administración de Personal (OPM por su sigla en inglés) ha determinado que la cobertura de los medicamentos recetados ofrecida por los planes FEHB es, en promedio, comparable a la cobertura de la Parte D de Medicare. Por lo tanto, no es necesario que los beneficiarios de los planes del FEHB se inscriban en la Parte D de Medicare. Sin embargo, las personas que tienen la cobertura de FEHB pueden inscribirse en la Parte D si lo desean, en cualquier momento, sin tener que pagar la multa por inscripción tardía y quedarse con la cobertura FEHB.
- La única situación en la que la inscripción en la Parte D le puede proporcionar ahorros extra, es si usted es un individuo con ingresos y recursos limitados. Estas personas deben solicitar la Ayuda Adicional si es que no son elegibles automáticamente para obtenerla.
- Para las personas que tienen un plan del FEHB y un plan de Medicare, el plan del FEHB coordinará los beneficios de Medicare. La información debe ser obtenida y mantenida por el contratista de COB y debe estar disponible para los planes de la Parte D, como parte del proceso de COB.

¿Cómo trabaja VA con la Parte D?

- La cobertura de VA es cobertura válida de medicamentos
 - Es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare de las recetas médicas
- Los beneficiarios pueden escoger el beneficio que quieren usar
 - VA
 - Medicare
 - Un medicamento no puede ser cubierto por ambos
- El contratista de COB obtiene y mantiene la información sobre la inscripción

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

57

- Debido a que la cobertura de VA es amplia, la mayoría de los beneficiarios de Medicare que también tienen la cobertura de VA no necesitan inscribirse en la Parte D de Medicare.
- A los beneficiarios que tienen la cobertura de VA tal vez le convenga inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados en ciertas circunstancias: si son elegibles para la Ayuda Adicional, si viven en una asilo para ancianos o si la clínica o la farmacia de VA no les queda cerca de su domicilio. Dado que Medicare considera a la cobertura de VA “cobertura válida” de medicamentos, los beneficiarios que esperen para inscribirse en la Parte D no tendrán que pagar la multa por inscripción tardía.
- Un individuo que tenga los beneficios de VA y de la Parte D pueden escoger si obtienen sus medicamentos de VA o de su plan de la Parte D, sin embargo, el medicamento no puede ser cubierto por ambos al mismo tiempo. Si el medicamento es cubierto por Medicare, no se podrá enviar el reclamo a VA para que haga un pago adicional.
- La información para las personas que tienen la cobertura de VA y de la Parte D debe ser obtenida y mantenida por el contratista de COB y debe estar disponible para los planes de la Parte D, como parte del proceso de COB.

¿Cómo trabaja TRICARE for Life con la Parte D?

- La cobertura de TFL es cobertura válida de medicamentos
 - Es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare de las recetas médicas
- Los beneficiarios pueden tener la cobertura de FEHB y la de la Parte D
 - Agregar la cobertura de la Parte D puede beneficiar a las personas que son elegibles para la Ayuda Adicional
- El contratista de COB obtiene y mantiene la información sobre la inscripción

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

58

- Semejante a la cobertura de las recetas médicas de VA, TRICARE ofrece un beneficio de medicamentos más generoso que los planes de la Parte D. Por lo tanto, a los miembros de TRICARE NO les conviene inscribirse en la Parte D.
- La única excepción es si el beneficiario de TRICARE es una persona con ingresos y recursos limitados y por lo tanto podría ser elegible para la Ayuda Adicional. A estos beneficiarios les conviene tener tanto la cobertura de TRICARE como la de la Parte D. Dado que TRICARE completa la cobertura de la Parte D de los medicamentos cubiertos tanto por la Parte D como por TRICARE, vale la pena averiguar si la prima de la Parte D (si la hubiera) sería más que el beneficio que le brindaría TRICARE.
- Como la cobertura de las recetas médicas de TRICARE es al menos tan buena como la de Medicare, las personas que decidan inscribirse en la Parte D más tarde, no tendrán que pagar la multa por inscripción tardía.
- El contratista de COB obtiene y mantiene la información sobre la inscripción de aquellos que tienen tanto TRICARE como la cobertura de la Parte D.



Si desea más información, visite www.cms.gov/partnerships/downloads/tricare.pdf

Lección 4 – Repaso de los conocimientos adquiridos

- ¿Quién paga primero?

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

59

¡Repase lo que ha aprendido!

María – Situación 1

María tiene 66 años y tiene las Partes A y B de Medicare así como TriCare For Life (TFL). Está siendo tratada como paciente ambulatorio por complicaciones por diabetes por un médico que acepta la asignación. ¿Quién paga primero?

- A. La Parte A de Medicare
- B. La Parte B de Medicare
- C. TFL
- D. VA

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

60

María tiene 66 años y tiene las Partes A y B de Medicare así como TriCare For Life (TFL). Está siendo tratada como paciente ambulatorio por complicaciones por diabetes por un médico que acepta asignaciones. ¿Quién paga primero?

- A. La Parte A de Medicare
- B. La Parte B de Medicare
- C. TFL
- D. VA

Respuesta:

B. La Parte B de Medicare

- La Parte A de Medicare es el seguro de hospital, y María está siendo tratada como paciente ambulatorio.
- TRICARE For Life (TFL) es la cobertura de TRICARE que completa la cobertura de Medicare, disponible para *todos* los beneficiarios de TRICARE elegibles para Medicare, sin importar la edad, siempre que tengan las Partes A y B de Medicare. Mientras que Medicare es su seguro principal, TRICARE es el pagador secundario.
- María no es una Veterana.

Perla – Situación 2

Perla tiene 67 años, tiene EGHP y la Parte A de Medicare, y trabaja para una pequeña empresa de contabilidad que tiene 15 empleados. A raíz de un accidente de automóvil, Perla recibe servicios ambulatorios. ¿Quién paga primero?

- A. La Parte A de Medicare
- B. EGHP
- C. El seguro sin parte culpable
- D. COBRA

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

61

Perla tiene 67 años, tiene EGHP y la Parte A de Medicare, y trabaja para una pequeña empresa de contabilidad que tiene 15 empleados. A raíz de un accidente de automóvil, Perla recibe servicios ambulatorios. ¿Quién paga primero?

- A. La Parte A de Medicare
- B. EGHP
- C. El seguro sin parte culpable
- D. COBRA

Respuesta:

- C. El seguro sin parte culpable

Si una persona con Medicare recibe cuidados médicos cubiertos por un seguro sin parte culpable o un seguro de responsabilidad (como por ejemplo en el caso de un accidente de automóvil, un accidente en un lugar público, o mala práctica), el seguro sin parte culpable o el seguro de responsabilidad paga primero.

Tomás – Situación 3

Tomás ha sido intervenido para reemplazarle la rodilla. Tiene 72 años, está retirado y tiene las Partes A y B de Medicare, Medigap y Medicaid. ¿Quién paga primero?

- A. Medicare
- B. Medicaid
- C. Medigap

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

62

A Tomás le han reemplazado una rodilla. Tiene 72 años, está retirado y tiene las Partes A y B de Medicare, Medigap y Medicaid. ¿Quién paga primero?

- A. Medicare
- B. Medicaid
- C. Medigap

Respuesta

- A. Medicare

Para la mayoría de los beneficiarios, Medicare es el pagador principal, lo que significa que Medicare paga primero. Algunas situaciones donde Medicare es el pagador primario incluyen:

- La póliza Medigap u otro seguro adquirido a través de una compra individual **no están** relacionados con un empleo actual (Este tipo de póliza cubre gastos que no están cubiertos por Medicare)
- Cobertura a través de Medicaid y Medicare (beneficiario de elegibilidad doble), que no tengan otra cobertura que pudiera pagar antes que Medicare

Manuela – Situación 4

Manuela tiene 58 años, está retirada y tiene las Parte A y B de Medicare debido a una discapacidad. Trabajaba para el gobierno y tiene FEHB. ¿Quién paga primero?

- A. FEHB
- B. Medicare
- C. Seguro del trabajador
- D. COBRA

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

63

Manuela tiene 58 años, está retirada y tiene las Parte A y B de Medicare debido a una discapacidad. Trabajaba para el gobierno federal y tiene FEHB. ¿Quién paga primero?

- A. FEHB
- B. Medicare
- C. Seguro del trabajador
- D. COBRA

Respuesta:

- B. Medicare

Medicare paga primero éste no es un reclamo de seguro del trabajador, Manuela no tiene ESRD y está retirada.

Juan – Situación 5

Juan tiene 68 años, sigue trabajando y tiene la Parte A de Medicare. También está cubierto por el EGHP de su esposa que está retirada, y tiene derecho a TFL. Está siendo tratado por hipertensión arterial. ¿Quién paga primero?

- A. TFL
- B. La Parte A
- C. EGHP
- D. VA

04/25/2011

Coordinación de Beneficios

64

Juan tiene 68 años, sigue trabajando y tiene la Parte A de Medicare. También está cubierto por el EGHP de su esposa que está retirada, y tiene derecho a TFL. Está siendo tratado por hipertensión arterial. ¿Quién paga primero?

- A. TFL
- B. La Parte A
- C. EGHP
- D. VA

Respuesta:

- C. EGHP

EGHP paga primero porque Juan sigue trabajando y está cubierto por el EGHP de su esposa.

Guía de la coordinación de los beneficios

Recursos		Productos de Medicare
Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) www.medicare.gov www.CMS.gov Contratista de coordinación de beneficios 1-800-999-1118 (TTY 1-800-318-8782) www.cms.gov/COBGeneralInformation/ www.cms.gov/COBAGreement/ Departamento de trabajo 1-866-4-USA-DOL (1-866-487-2365) http://www.dol.gov/dol/topics/health-plans/cobra.htm Oficina de administración de personal 1-888-767-6738 (TTY 1-800-878-5707)	Generalidades acerca de los beneficios de Medicare/TRICARE www.tricare.mil/mybenefit/home/overview/Plans Departamento de la defensa (para información acerca de TRICARE) 1-877-363-1303 (TTY 1-877-540-6261) Departamento de asuntos de los veteranos 1-800-827-1000 (TTY 1-800-829-4833) Recuperación de pagos secundarios de Medicare 1-866-677-7220 (TTY 1-866-677-7294) Ley de atención médica asequible www.healthcare.gov/center/authorities/patient_protection_affordable_care_act_act_passed.pdf	<i>Manual de Medicare y Usted</i> CMS Producto No. 10050) <i>Sus beneficios en Medicare</i> CMS Producto No. 10116 <i>Medicare y otros beneficios de cuidados de la salud:</i> <i>Su guía ¿Quién paga primero?</i> CMS Producto No. 02179 Para acceder a estos productos Vea y ordene copias visitando www.medicare.gov Ordene copias múltiples (sólo para proveedores) visitando productordering.cms.hhs.gov. Deberá inscribir a su organización.

Apéndice A

Si usted	Situación	Pagador primario	Pagador secundario
Tiene 65 años o más y un plan de seguro médico grupal por su empleo o el por su empleo o el de su cónyuge	Tiene derecho a Medicare	Plan de salud grupal	Medicare
	El empleador tiene 20 o más empleados		
	El empleador tiene menos de 20 empleados*	Medicare	Plan de salud grupal
Tiene un seguro de salud grupal después de jubilarse y tiene 65 años o más	Tiene derecho a Medicare	Medicare	Cobertura de Retirado
Está incapacitado y tiene un plan de seguro de salud grupal grande por su empleo o por el de un familiar que está trabajando	Tiene derecho a Medicare	Plan de salud grupal grande	Medicare
	El empleador tiene 100 o más empleados		
	El empleador tiene menos de 100 empleados	Medicare	Plan de salud grupal
Padece de Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente) y tiene un seguro de salud grupal (incluido un plan para jubilados)	Los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare	Plan de salud grupal	Medicare
	Después de 30 meses	Medicare	Plan de salud grupal
Padece de Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente) y tiene COBRA	Los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare	COBRA	Medicare
	Después de 30 meses	Medicare	COBRA
Tiene 65 años o más O está incapacitado y cubierto por Medicare y COBRA		Medicare	COBRA

* If your employer participates in a plan that is sponsored by two or more employers, the rules are slightly different.

Si usted	Situación	Pagador primario	Pagador secundario
Ha estado en un accidente donde participe un seguro de responsabilidad o sin parte culpable	Tiene derecho a Medicare	El seguro sin parte culpable o de responsabilidad, para los servicios relacionados con la reclamación del accidente	Medicare
Tiene seguro de compensación al trabajador/accidente de trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con su empleo	Tiene derecho a Medicare	Seguro de compensación al trabajador para servicios relacionados con la reclamación	Generalmente no se aplica. Sin embargo, Medicare podría hacer un pago condicional.
Es un veterano y recibe los beneficios de VA	Derecho a Medicare y a los beneficios de veteranos	Medicare paga por los servicios cubiertos por Medicare. VA paga por los servicios autorizados por la Administración de Veteranos. Nota: Generalmente Medicare y VA no pueden pagar por el mismo servicio.	Generalmente no se aplica.
Tiene TRICARE	Derecho a Medicare y a TRICARE	Medicare paga por los servicios cubiertos por Medicare. TRICARE paga por los servicios en un hospital militar y de cualquier otro proveedor federal.	TRICARE puede ser el pagador secundario.
Padece de enfermedad de pulmón negro y está cubierto por el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera	Tiene derecho a Medicare y al Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera	El Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera para servicios relacionados con dicha enfermedad	Medicare



E-mail: NMTP@cms.hhs.gov
Website: cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244