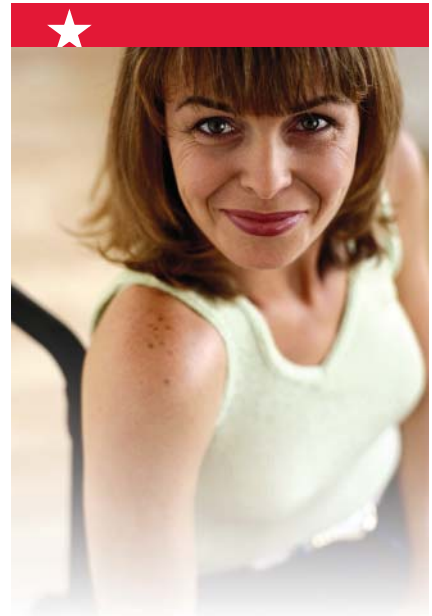


Medicare Y Usted 2008



La publicación oficial del gobierno que contiene información importante sobre:

- ★ Los costos para el 2008
- ★ Los servicios que están cubiertos
- ★ Los servicios preventivos
- ★ Los planes de salud
- ★ Los planes de medicamentos recetados
- ★ Sus derechos y apelaciones



Bienvenido a Medicare y Usted 2008

Una vida sana es una vida mejor. Medicare se esfuerza por garantizarle la atención médica y la cobertura de medicamentos que usted necesita y la calidad de los servicios que merece.

Con más opciones que nunca, es importante que analice su cobertura cada año. Los costos y beneficios de los planes cambian y también puede cambiar su estado de salud. La cobertura que usted necesita este año puede que sea la misma que necesite en el 2008. O, tal vez haya una opción que le convenga más. Esta publicación contiene información sobre sus opciones de planes de salud y de medicamentos recetados de Medicare, consejos sobre la información a tener en cuenta cuando compare planes y recursos para obtener información detallada y ayuda personalizada.

La información contenida es válida desde el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2008. Usted recibirá un manual nuevo cada otoño para ayudarle a comparar los planes y a enterarse sobre los nuevos beneficios.

Use la información de esta publicación para aprovechar sus beneficios Medicare al máximo.

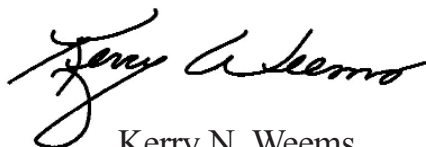
- Obtenga los servicios preventivos cubiertos por Medicare que necesita, como por ejemplo las evaluaciones para la detección del cáncer (mamografías, evaluación de la próstata, y colorectal), exámenes cardiovasculares y la vacuna anual contra la gripe e influenza. Estos exámenes y servicios son críticos para su bienestar general y pueden ayudarle a prevenir enfermedades o hacer una detección temprana de las mismas, cuando el tratamiento es más eficaz.
- Visite www.medicare.gov para comparar la calidad de los proveedores de la salud de su zona, como los planes de salud, los hospitales y las agencias para el cuidado de la salud en el hogar. Para promover la atención de calidad a bajo costo, Medicare trabaja de manera conjunta con los proveedores de la salud y el Congreso para desarrollar informes y sistemas de pago que brinden apoyo y premien la calidad de los servicios.

Como siempre, Medicare está a su disposición en cualquier momento del día o de la noche. Usted puede visitar www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Le saluda atentamente,



Michael O. Leavitt
Secretario
Departamento de Salud y
Servicios Humanos



Kerry N. Weems
Administrador Interino
Centros de Servicios de
Medicare y Medicaid



Tabla de Contenido

Lista de Temas (índice) 1-4

Lo Básico de Medicare 5-8

Lo Nuevo e Importante en el 2008.....	5
¿Qué es Medicare?	6
Sus Opciones de Planes Medicare	7
“Para Hacer” Lista Para los Nuevos Beneficiarios	8

Sección 1: Los Servicios Cubiertos (Partes A y B)..... 9-28

La Parte A (Seguro de Hospital) y lo Que Cubre.....	10-13
La Parte B (Seguro Médico) y lo Que Cubre.....	14-25
Lo Que las Partes A y B NO Cubren	26
Cómo Puede Beneficiarse con la Información de Medicare sobre Calidad.....	27

Sección 2: Sus Opciones de Planes 29-74

Decida Cómo Obtener sus Beneficios de Medicare 30

Cuadro de Opciones Sobre los Planes	31
Lo que Debe Tener en Cuenta al Escoger o Cambiar su Cobertura.....	32

El Plan Original de Medicare 33-37

¿Cómo Funciona?.....	33-34
¿De Qué Dependen los Gastos Directos de su Bolsillo en el Plan Original de Medicare?	34
Los Gastos de su Bolsillo y la “Asignación”	36
¿Qué es un Contrato Privado?	36
Agregue la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare (Parte D).....	37

Planes Medicare Advantage (Parte C)..... 38-49

¿Cómo Funcionan?.....	38-46
Los Gastos Directos de su Bolsillo si Está en un Plan Medicare Advantage	48
¿Cuándo Puede Inscribirse, Cambiarse, o Cancelar su Plan Medicare Advantage?.....	48
¿Qué Ocurre si su Plan Medicare Advantage se Retira del Programa Medicare?.....	49
¿Cómo se Inscribe o Cambia un Plan Medicare Advantage?	49

Otros Planes de Salud de Medicare 50-51

La Cobertura de Recetas Médicas de Medicare (Parte D) 52-66

¿Cómo Funcionan los Planes de Recetas Médicas?.....	53
Lo que Debe Tener en Cuenta al Comparar los Planes	54
Cómo Comparar los Planes de Recetas Médicas de Medicare.....	55

La información incluida en este manual era correcta al momento de su impresión. Tal vez se hayan hecho cambios después de la impresión. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

“Medicare y Usted” explica el Programa Medicare. No es un documento legal. Las normas oficiales del Programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.



Tabla de Contenido

Sección 2: Sus Opciones de Planes (continuación)

¿Cuánto Cuestan los Planes de Recetas Médicas?	55–56
¿Cuándo Puede Inscribirse, Cambiarse o Cancelar su Plan de de Medicare de Recetas Médicas ?	57
¿Cuál es la Penalidad por Inscripción Tardía en un Plan de Medicare de Recetas Médicas?	58
Otra Cobertura de Recetas Médicas	59–61
Normas Importantes sobre Cobertura de Recetas Médicas.	62–65
Maneras de Pagar por la Prima de la Cobertura de Recetas Médicas.	66
Otros Seguros Gubernamentales.	67–68
Otros Seguros Privados (Empleador, Sindicato, COBRA, Cuidado a Largo Plazo).	69–74
Cómo se Pagan sus Facturas si Tiene otro Seguro Médico.	71
Las Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare).	72–74

Sección 3: Cómo Puede Obtener la Ayuda que Necesita . . . 75–108

Ayuda para los Beneficiarios de Bajos Ingresos y Recursos Limitados	76–82
Ayuda Adicional para Pagar por la Cobertura de Recetas Médicas	76–78
Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)	79
Medicaid.	79
Programas de Ahorros Medicare (Ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare)	80
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	81
Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).	82
Programas para los Beneficiarios que Viven en los Territorios de los Estados Unidos	82
Sus Derechos Medicare.	83–94
¿Qué es una Apelación y Cómo Solicitarla?	83–88
Cómo usa Medicare su Información Personal.	89–90
Protéjase Contra el Fraude y el Robo de Identidad.	91–93
El Intermediario de Medicare Trabaja para Usted.	94
Dónde Puede Obtener más Información (Teléfonos, sitios Web, Publicaciones)	95–102
Definición de las Palabras en Color Azul	103–107
¿Cuáles Servicios Preventivos Necesita?	108
Los Costos de Medicare para el 2008	110–113
Prueba—Aproveche al Máximo sus Beneficios Medicare	114-contraportada interior
Si reciben en su hogar más de una copia de “Medicare y Usted”, puede llamar GRATIS al 1–800–MEDICARE (1–800–633–4227) y decirle al representante de servicio al cliente que en el futuro, le envíe sólo una copia. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1–877–486–2048.	



Lista de Temas/Índice

Las páginas que aparecen en color azul son las que ofrecen más información.

A

Acupuntura 26
Aneurisma aórtico abdominal 18, 108
Anteojos 20, 26
Aparatos de asistencia auditiva 21, 26
Aparatos ortopédicos (cuello, brazos, espalda, y piernas) 24
Apelación 34, 41, 83–88, 95, 96, 103
Área de servicio 40, 41, 48, 82, 103
Asignación 35
Asilos de ancianos 27, 39, 44, 57, 59, 64, 79, 82, 96
Aviso al Beneficiario por Adelantado 85
Aviso sobre privacidad y confidencialidad 89–90
Ayuda con los gastos 37, 76–82
Ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas 37, 58, 76–78
Ayuda para dejar de fumar 24, 108

B

Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB) 51, 60
Beneficios para Veteranos (VA) 60, 67, 97
Bienvenido a Medicare (Examen físico) 8, 18, 20, 23, 108
Brazos y miembros artificiales 24

C

Calidad 27, 32, 51, 65, 84
Centros de salud autorizados federalmente 24
Centro de cirugía ambulatoria 18
Centro de Enfermería Especializada (SNF) 10, 13, 18, 26, 86, 98, 103
Centros de salud religiosos no médicos 10
Cirugía estética 26
Cobertura (servicios cubiertos) 13, 18–25
Cobertura durante el intervalo de cobertura 54, 56, 76

C (continuación)

Cobertura acreditable/válida de medicamentos recetados 58, 60, 61, 67–70, 74, 103
Cobertura catastrófica 56
COBRA 16, 70
Cobertura de su empleador 15, 16, 25, 37, 45, 61, 66, 69–71, 77
Cobertura de recetas médicas de Medicare 31, 37, 52–66, 69–70, 76–78, 87, 110
Colonoscopia 19, 104
Contrato privado 36
Coordinación de beneficios 71, 97
Copago 26, 32, 38, 41, 53–56, 65, 68, 72, 76, 103, 111–112
Coseguro 17, 32–35, 41–43, 47, 53–56, 65, 72, 68, 76, 103, 111–112
Costos 5, 17, 31–35, 41, 54–56, 60, 72, 76–82, 110–113
Cuidado de custodia/compañía 10, 13, 26, 104
Cuidado dental/dentaduras 26
Cuidado de hospicio 13, 86, 111
Cuidado de la salud en el hogar 13, 21, 27, 79, 86, 111–112
Cuidado de salud a largo plazo 13, 26, 51, 70, 82, 103
Cuidado urgente 25, 83

D

Deducible 14, 17–26, 31–33, 35, 38, 41, 43, 47, 53–55, 68, 72, 76, 80, 95, 96, 104
Definiciones 103–107
Departamento de Defensa 97
Departamento de Asuntos de Veteranos 60, 67, 97
Diabetes 19–20, 21, 22, 44, 108
Determinación de cobertura (Parte D) 87–88, 103, 104



Lista de Temas/Índice

Las páginas que aparecen en color azul son las que ofrecen más información.

D (continuación)

Diálisis renal 22, 27, 46
Días de reserva de por vida/vitalicios 100, 104, 111
Discriminación 83, 93

E

Electrocardiograma (EKG) 25
Enema de bario 19, 108
Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) 6, 21, 40, 46, 71
Equipo médico duradero (como silla de ruedas) 5, 13, 20, 21, 35, 104, 111, 112
Esclerosis lateral amiotrófica (ALS) 12, 15, 104
Estudios de investigación 13, 19
Evaluación cardiovascular 18, 108
Examen clínico de los senos 23, 108
Examen de sangre oculta en la materia fecal 19, 108
Evaluación de cáncer colorectal 19, 108
Examen de equilibrio 21
Examen de la vista 20, 21, 26
Examen de los pies 19, 108
Evaluación de la próstata (prueba de PSA) 23, 108
Examen físico 8, 23, 26, 108
Examen Papanicolau 23, 42, 44, 108
Examen pélvico 23, 42, 44, 108
Excepción 54, 64, 65, 87–88, 104

F

Facturas (reclamaciones) 34, 71, 95
"Falta" de cobertura 56, 76
Formulario 32, 41, 54 63–65, 87, 104
Fraude (Facturación) 91–93

I

Ingresos limitados 37, 76–82
Institución/centro 39, 44, 48, 57, 59, 64, 104
Intermediario del beneficiario de Medicare 94
Internación en el hospital 10–11, 13, 42–44, 86, 111
Internet (Web) 27, 96

J

Junta de Retiro Ferroviaria (RRB) 12, 15, 16, 97

M

Mamografía 22, 42, 44, 108
Medicaid 44, 48, 57, 59, 63, 79–80, 82, 105
Medicamentos 6, 23, 26, 32, 42–44, 52–67, 73–74, 79
Medicamentos de marca 56, 63, 65
Medicamentos para el cáncer 19, 23, 63
Medicare
 Parte A 10–13, 32, 111
 Parte B 14–25, 31, 112, 113
 Parte C 31, 38–49, 113
 Parte D 31, 37, 52–66, 113
Medición de masa ósea/densitometría 18, 108
Médico de cuidado primario 42–44, 105

N

Necesario por razones médicas 6, 17, 20, 33, 38, 104
Niveles (formulario) 65

O

Oficina de Derechos Civiles 90, 93, 97
Oficina del Inspector General (Departamento de Salud y Servicios Humanos) 91–93, 97
Oficina de Administración de Personal Federal 67, 70
Opciones de pago (prima) 66



Lista de Temas/Índice

Las páginas que aparecen en color azul son las que ofrecen más información.

O (continuación)

- Opciones de planes 7, 30–74
 - Cuadro de opciones de planes 31
- Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) 42, 105
- Organización para el Mejoramiento de Calidad 27, 84, 86, 97, 105
- Ortóticos 24
- Oxígeno 13, 20, 21, 95

P

- PACE (Programas de Cuidado Total de Salud Para Ancianos) 7, 51, 82, 102
- Parte A (Seguro de Hospital) 10–13, 31, 111
- Parte B (Seguro Médico) 14–25, 31, 112, 113
- Parte C 31, 38–49, 101, 113
- Parte D 31, 37, 52–66, 113
- Penalidad por inscripción tardía
 - Parte B 14–16, 70, 113
 - Parte D 52–53, 58, 60, 61, 73–74, 113
- Período de beneficio 13, 103, 111
- Período Especial de Inscripción 15, 70, 105
- Período General de Inscripción 12, 15
- Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA) 40, 43, 106
- Plan de Costo de Medicare 50, 106
- Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO por su sigla en inglés) 42, 106
- Planes para Necesidades Especiales 39, 44, 46, 79, 106
- Planes de recetas médicas de Medicare (PDP) 27, 31, 37, 52–66, 69–70, 73–74, 76–78, 84, 87, 106, 113

P (continuación)

- Planes locales 107–111
- Planes Medicare Advantage 6, 7, 31, 38–49, 106
- Planes Medicare SELECT 45, 72
- Planes Privados de Pago-por-Servicio 7, 39, 40, 43, 52, 106
- Plan de salud grupal (Empleador) 15, 16, 25, 37, 45, 61, 66, 69–71, 77
- Plan Original de Medicare 7, 11, 30, 31, 33–37, 106
- Primas 11, 14, 41, 47, 54–56, 58, 66, 107, 110
- Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) 30, 78, 104 *contraportada interior del manual*
- Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica 66, 79, 107
- Programas de Ahorros de Medicare 57, 76, 80, 107
- Programas piloto 51, 91
- Prueba de glaucoma 21, 108
- Publicaciones 95, 96, 98

R

- Rayos X 22, 25
- Reclamaciones 35, 68, 89, 90, 95, 96
- Referido 32, 38, 41, 42, 44, 107
- Resumen de Medicare (MSN) 34, 75, 84–85, 96, 107
- Robo de identidad 91

S

- Sala de emergencias 20, 83, 95
- Salud mental 13, 22, 63, 98
- Sangre 13, 18, 111, 112
- Segunda opinión sobre una cirugía 24
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 57, 76, 81, 107



Lista de Temas/Índice

Las páginas que aparecen en color **azul** son las que ofrecen más información.

S (continuación)

Seguro privado [50](#), [69–72](#)
Seguro Social [12](#), [16](#), [78](#), [81](#), [91](#), [97](#)
Servicios clínicos de laboratorio [18](#), [112](#)
Servicios cubiertos (Partes A y B) [13](#), [18–25](#)
Servicios de ambulancia [18](#), [25](#)
Servicios ambulatorios del hospital [22](#)
Servicios del médico [14](#), [20](#)
Servicios preventivos [17–25](#), [96](#), [107](#)
Servicios de Salud para Indígenas [60](#), [68](#)
Servicios quiroprácticos [18](#), [26](#)
Sigmoidoscopia flexible [19](#), [108](#)
Sindicato [8](#), [16](#), [17](#), [31](#), [33](#), [37](#), [45](#), [61](#), [69](#), [71](#), [77](#)
Sitio Web [89](#)
Subsidio por bajos ingresos (LIS) [37](#), [58](#), [76–78](#),
[100](#)
Suministros médicos [13](#), [21](#), [22](#), [24](#), [33](#), [34](#), [95](#)

T

Teléfono de texto (TTY) [95](#), [107](#)
Telemedicina [24](#), [107](#)
Terapia de nutrición [22](#), [108](#)
Terapia física [13](#), [21](#), [23](#)
Terapia ocupacional [13](#), [21](#), [22](#)
Territorios [82](#)
Trasplante renal [25](#), [46](#)
TRICARE [16](#), [60](#), [67–68](#), [97](#)

V

Vacunas [21](#), [23](#), [26](#), [108](#)
Vacuna contra la gripe e influenza [21](#), [108](#), [114](#)
Vacuna contra la Hepatitis B [21](#), [108](#)
Vacuna neumocócica (contra la pulmonía) [23](#), [108](#)
Vendaje quirúrgico [24](#)
Viaje al extranjero [25](#), [26](#), [32](#)

W

Web [89](#)
[www.medicare.gov](#) [27](#), [96](#)
[www.MiMedicare.gov](#) [28](#), [34](#), [96](#), [108](#)



Lo Básico de Medicare

Lo Nuevo e Importante en el 2008

- **Lo que paga**—En las páginas 110–112 encontrará las cantidades que debe pagar en el 2008 por las Partes A y B de Medicare.
- **Planes Medicare Advantage (Parte C)**—(como HMO y PPO) y los Planes Medicare de Recetas Médicas (Parte D). Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los planes en su zona. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- **Equipo Médico Duradero**—Puede haber un cambio sobre la manera en que obtendrá su equipo médico duradero en ciertas zonas. Vea la página 20.
- **Servicios Preventivos**—Medicare ofrece servicios preventivos y evaluaciones que pueden ayudarle a mantenerse sano. Vea las páginas 18–25.

Los Beneficios de los Planes y los Costos Cambian Cada Año.

Anote en su calendario estas fechas importantes:

★ **Octubre de 2007: Analice y Compare**

Fíjese en el costo, cobertura y la conveniencia que le ofrecerá su plan en el 2008. Compárelo con otros planes ofrecidos en su zona para ver si hay otra opción que le convenga más. Una vez comparados los planes, si está satisfecho con los costos, cobertura y el servicio al cliente de su plan, no debe hacer nada. Usted continuará en dicho plan durante el año.

★ **15 de noviembre de 2007:**

La fecha para cambiar su cobertura de salud o de recetas médicas de Medicare para el año 2008.

★ **31 de diciembre de 2007:**

Último día* para cambiar su cobertura de recetas médicas para el 2008. Si desea información para cambiar de Plan Medicare Advantage, consulte la página 48.

★ **1 de enero de 2008:**

Si ha hecho un cambio, en esta fecha comenzará su cobertura nueva.

* Tal vez pueda cambiar de plan en otros momentos. Consulte las páginas 48 y 57.



Lo Básico de Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un seguro médico para personas de 65 años o más, personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas de cualquier edad que padezcan de Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón).

Las Diferentes Partes de Medicare

Si conoce lo que Medicare cubre, usted puede aprovechar al máximo sus beneficios y todo lo que le ofrece el programa. Medicare está formado por las partes siguientes:

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Parte A (Seguro de Hospital) ayuda a pagar por su internación en hospitales. También por el cuidado en un [centro de enfermería especializada](#), hospicio, y cierto tipo de cuidado en el hogar si cumple con determinados requisitos. Vea las páginas 10–13.

Parte B (Seguro Médico) ayuda a pagar los servicios del médico y el cuidado para paciente ambulatorio, cuando sean [necesarios por razones médicas](#). La Parte B también cubre algunos [servicios preventivos](#) para ayudarle a mantenerse sano y para evitar que ciertas enfermedades empeoren. Vea las páginas 14–25.

Parte C ([Planes Medicare Advantage](#)) es otro modo de recibir sus beneficios Medicare. Combina la cobertura de las Partes A y B y a veces la Parte D (recetas médicas). Los Planes Medicare Advantage están administrados por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare. Estos planes deben cubrir los servicios necesarios por razones médicas. Sin embargo, los planes pueden cobrarle [copagos](#), [coseguro](#), o [deducibles](#) distintos por los servicios. Vea las páginas 38–49.

Parte D (Cobertura Medicare de Recetas Médicas) ayuda a pagar por sus recetas médicas. Esta cobertura puede ayudarle a reducir los costos de sus medicamentos y a protegerlo contra costos más altos en el futuro. Vea las páginas 52–66.



Lo Básico de Medicare

Sus Opciones de Planes Medicare

Si está inscrito en Medicare, usted puede escoger cómo recibe sus servicios de salud y la cobertura de sus recetas médicas. Usted tiene las opciones siguientes:

- **El Plan Original de Medicare**, administrado por el gobierno federal, brinda la cobertura de las Partes A y B. Generalmente usted paga una tarifa por cada servicio o suministro que recibe. Vea las páginas 33–37.

Si está inscrito en el Plan Original de Medicare, puede agregar la cobertura de recetas médicas (Parte D) inscribiéndose en un Plan Medicare de Recetas Médicas. Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Vea las páginas 52–66.

También puede comprar una **póliza Medigap** (Seguro Suplementario a Medicare) para cubrir lo que las Partes A y B no cubren. Vea las páginas 72–74.

- **Planes Medicare Advantage (como un HMO o PPO)** son otra manera de obtener sus beneficios Medicare. Estos son opciones de planes de salud aprobados por Medicare pero ofrecidos por compañías privadas. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage que no ofrece la cobertura de recetas médicas, como un **Plan Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos** (MSA por su sigla en inglés) o algunos **Planes Privados de Pago–por–Servicio** (PFFS por su sigla en inglés), usted puede inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas. Vea las páginas 38–49.

- **Otros Planes Medicare** son aquellos que no son Planes Medicare Advantage, pero que siguen siendo parte del Programa Medicare. Entre ellos se incluyen los **Planes de Costo de Medicare**, los **Programa Piloto**, y los **Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos** (PACE por su sigla en inglés). Estos planes ofrecen la cobertura de las Partes A y B y algunos también la Parte D (recetas médicas). Vea las páginas 50–51 y 82.

Consulte el cuadro de la página 31 donde explican sus opciones de planes y las decisiones que tenga que tomar.



Cada vez que aparezca este símbolo en la publicación, significa que se quiere destacar un punto importante.



Lo Básico de Medicare

“Para hacer” Lista Para los Nuevos Beneficiarios

- Si tiene un seguro médico de su empleador o sindicato, VA o TRICARE, averigüe cómo funciona con Medicare. Vea las páginas 67–71.
- Siga estos tres pasos para decidir cómo quiere obtener su cobertura Medicare. Vea las páginas 30–31.
 1. Escoja un plan de salud de Medicare. Vea el Paso 1 en la página 31.
 2. Decida si desea la cobertura de recetas médicas. Vea el Paso 2 en la página 31.
 3. Decida si desea cobertura complementaria. Vea el Paso 3 en la página 31.
- Tome la prueba que comienza en la página 114 para averiguar cómo obtener ayuda para pagar los costos de Medicare. Vea las páginas 76–82.
- Hágase el examen físico “Bienvenido a Medicare” en los 6 meses siguientes de haberse inscrito en la Parte B. Vea “examen físico” en la página 23.
- Pregunte a su médico acerca de los [servicios preventivos](#) (como evaluaciones, vacunas y análisis) que debe hacerse. Vea las páginas 18–25 y lleve consigo la lista de **la página 100**.
- Use la contraseña e instrucciones que Medicare le envió por correo para acceder a la información personalizada en www.MiMedicare.gov por Internet. Vea la página 96.
- Tenga en cuenta las fechas de inscripción mencionadas en esta publicación. Usted sólo puede hacer cambios en ciertos períodos.
- Llame al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (SHIP por su sigla en inglés) para obtener asesoría gratuita y ayuda personalizada. Vea las Páginas 98–101.

Sección

1



Los Servicios Cubiertos por Medicare

Medicare es su aliado para que se mantenga sano. Estamos dedicados a brindarle los beneficios que respondan a sus necesidades y la información que le permita tomar una decisión informada. Para aprovechar sus beneficios al máximo, debe saber qué cubre Medicare.

La Sección 1 le ofrece información sobre:

- La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) y lo Que Cubre. 10–13
- La Parte B de Medicare (Seguro Médico) y lo Que Cubre. 14–25
- Lo que las Partes A y B no Cubren 26
- Cómo Puede Beneficiarse con la Información de Medicare Sobre Calidad . . 27

Los Servicios Cubiertos por Medicare



¿Cuáles Son los Servicios que Cubre Medicare?

Medicare cubre ciertos servicios médicos y suministros en hospitales, consultorios médicos u otras instituciones. Los mismos están cubiertos por la Parte A (Seguro de Hospital) o por la Parte B (Seguro Médico) de Medicare. Siempre que tenga tanto la Parte A como la Parte B, estos servicios y suministros estarán cubiertos cuando sean razonables y necesarios para su salud, independientemente del plan de Medicare en el que esté inscrito.

La lista de servicios cubiertos por la Parte A está en la página 13.

La lista de servicios cubiertos por la Parte B está en las páginas 18–25.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

¿Qué es la Parte A (Seguro de Hospital) de Medicare?

La Parte A de Medicare, le ayuda a pagar por:

- Su internación en hospitales. Incluye los **hospitales de acceso crítico**, y **centros de rehabilitación**
- Internación en centros de enfermería especializada (no paga por el **cuidado de custodia** o **cuidado a largo plazo**)
- Cuidado de hospicio
- Cuidado de la salud en el hogar
- Internación en una Institución Religiosa no Médica para Servicios de Salud (la cobertura corresponde a la parte de la atención que no sea ni médica ni religiosa)

Si desea más información y los requisitos para obtener la atención en un hospital, **centro de enfermería especializada**, y cuidado de hospicio, consulte la página 13.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

¿Qué es la Parte A (Seguro de Hospital) de Medicare? (continuación)

Generalmente, usted obtiene la Parte A automáticamente sin tener que pagar una **prima** mensual debido a que usted o su cónyuge pagó sus impuestos de Medicare mientras trabajaba.

Si no tiene la Parte A libre de prima, quizá pueda comprarla si:

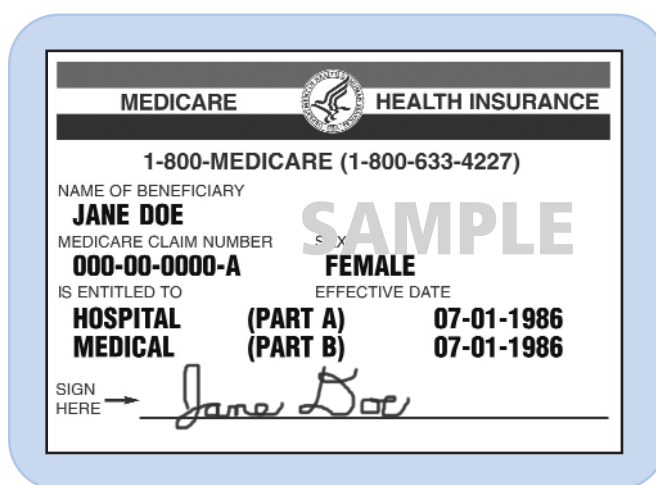
- Usted no trabajó o no pagó suficientes impuestos de Medicare cuando estaba trabajando y tiene 65 años o más
- Está incapacitado y ha regresado a su empleo

Nota: La prima que debe pagar por la Parte A en el 2008 es de hasta \$423 cada mes.

En la mayoría de los casos si escoge comprar la Parte A, también debe tener o debe inscribirse en la Parte B y pagar la prima mensual correspondiente a la Parte B.

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, su estado podría ayudarle a pagar por la Parte A y/o la Parte B. Vea la página 80.

Si usted tiene la Parte A, su tarjeta de Medicare (ver un ejemplo de la tarjeta abajo) indicará “Hospital (Part A)”.



Nota: Los modelos anteriores de la tarjeta son un poco diferentes pero aún siguen vigentes. **Guarde la tarjeta en un lugar seguro.** Usted la usará para obtener los beneficios cubiertos por el **Plan Original de Medicare**. Si se inscribe en un plan de salud de Medicare, tendrá que usar la tarjeta del plan para obtener los beneficios cubiertos por Medicare. Si desea información sobre cómo protegerse del fraude y del robo de identidad, consulte la página 91.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

¿Cuándo Puedo Inscribirme en la Parte A?

Si usted recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés), obtendrá la Parte A automáticamente, a partir del primer día del mes en el que cumpla 65 años. Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, usted obtendrá la Parte A automáticamente, una vez que haya recibido los beneficios por incapacidad del Seguro Social o de RRB por 24 meses. Le enviarán su tarjeta de Medicare por correo aproximadamente 3 meses antes de cumplir 65 años o en su mes número 25 de beneficios por incapacidad.

Las personas que padecen de **Esclerosis Lateral Amiotrófica** (ALS) también llamada enfermedad de Lou Gehrig obtendrán la Parte A automáticamente en cuanto empiecen sus beneficios por incapacidad.

Si no tiene la Parte A libre de prima, podrá comprarla durante:

- **El Período Inicial de Inscripción**—El período de 7 meses que comienza tres meses antes de que cumpla 65 años y termina tres meses después.
- **El Período General de Inscripción** Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año.
- **El Período Especial de Inscripción** Si tiene cobertura de su empleador o sindicato o de su cónyuge. Vea la página 15.

Si usted no está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (por ejemplo si aún sigue trabajando), tendrá que inscribirse en la Parte A. Debe comunicarse con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir 65 años.

Si desea más información visite www.socialsecurity.gov o llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778. Si usted tiene beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la oficina local de RRB o al 1-800-808-0772.

¿Necesita Reemplazar su Tarjeta de Medicare?

Si se le ha extraviado o dañado su tarjeta puede solicitar una tarjeta nueva visitando www.socialsecurity.gov, o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778. Si recibe los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la oficina local de RRB o al 1-800-808-0772 o visite www.rrb.gov y seleccione “Beneficios en línea” (Internet).

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

La Parte A Cubre:

Sangre	A partir de la cuarta pinta de sangre que usted recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta. Las tres primeras pintas no están cubiertas.
Servicios de Salud en el Hogar	Cuidado razonable y necesario de enfermería especializada intermitente o a tiempo parcial, o si continúa necesitando terapia física, terapia ocupacional o terapia del lenguaje/habla ordenados por su médico y brindados por una agencia de cuidado de salud en el hogar certificada por Medicare. Los servicios del cuidado de la salud en el hogar también incluyen los servicios médicos sociales, servicios de ayuda en el hogar, equipo médico duradero (como silla de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores), suministros médicos para usar en el hogar, y otros servicios.
Cuidado de Hospicio	Para personas con una enfermedad terminal que se espera que vivan 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal. La cobertura incluye, medicinas y otros servicios médicos y de apoyo de un hospicio aprobado por Medicare, que de otra forma no cubriría Medicare (como consejería si tiene alguna pena) debido a la enfermedad terminal o relacionada con ella. Por lo general, el cuidado de hospicio se brinda en su hogar (u otro centro si ese es su hogar). Sin embargo, Medicare cubre una estadía corta en un hospital (para aliviar el dolor y los síntomas) y el cuidado de relevo para paciente interno (cuidado que se le brinda a un paciente de hospicio por otro cuidador, para que descanse el cuidador de costumbre).
Estadías en el Hospital	Habitación semi-privada, comidas, enfermería general, medicamentos como parte de su tratamiento cuando internado, y otros servicios y suministros de hospital. Esto incluye internación en hospitales de acceso crítico , internación como parte de un estudio de investigación (vea la página 19) y servicios de salud mental. No incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación. Tampoco incluye una habitación privada, a menos que sea necesario por razones médicas . El cuidado de internación en un centro psiquiátrico está limitado a 190 días durante toda su vida.
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada	Habitación semi-privada, comidas, enfermería especializada y rehabilitación, y otros servicios y suministros médicos (después de una estadía de 3 días en el hospital relacionada a una enfermedad o) por hasta 100 días en un período de beneficio . Para obtener atención en este centro, usted debe necesitar atención de enfermería especializada como inyecciones intravenosas o terapia física. Medicare no cubre el cuidado a largo plazo o el cuidado de custodia en este tipo de centro.

Para costos específicos y otra información sobre estos servicios, vea la página 111.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

¿Qué es la Parte B de Medicare?

La Parte B ayuda a pagar los servicios del médico, el cuidado para paciente ambulatorio, y otros [servicios necesarios por razones médicas](#) que no cubre la Parte A. La Parte B también cubre algunos servicios preventivos.

Si no está seguro de tener la Parte B, fíjese en su tarjeta de Medicare. En la página 11 encontrará un ejemplo de la misma. Si tiene la Parte B, su tarjeta indicará “MEDICAL (Part B)”

¿Cuánto Cuesta la Parte B?

Usted paga una [prima](#) mensual. La mayoría de los beneficiarios pagan la cantidad estándar de \$96.40 en el 2008. Sin embargo, esta cantidad podría ser más si usted es soltero (presenta una declaración de impuestos individual) y su ingreso anual es más de \$82,000, o si está casado (declaración de impuestos conjunta) y sus ingresos combinados suman más de \$164,000. Vea la Página 110.

Usted también paga el [deducible](#) anual de la Parte B antes que Medicare comience a pagar su parte de los costos. Vea la página 114 para averiguar el monto del deducible para el 2008 es \$135.

¿Qué es la Penalidad por Inscripción Tardía en la Parte B?

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, el costo puede subir hasta un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haberse inscrito en la Parte B pero no lo hizo. Si retrasa su inscripción en la Parte B porque usted o su cónyuge (o un familiar, si usted esta incapacitado) está trabajando y tiene cobertura de empleador, puede que no tenga que pagar una prima más alta. Si desea más información, vea la página 15 ([Período Especial de Inscripción](#)).

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

1

Parte B

¿Cuándo Puedo Inscribirme en la Parte B?

Si usted recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés), obtendrá la Parte B automáticamente, a partir del primer día del mes en el que cumpla 65 años. Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, usted obtendrá la Parte B automáticamente, una vez que haya recibido los beneficios por incapacidad del Seguro Social o de RRB por 24 meses. Le enviarán su tarjeta de Medicare por correo aproximadamente 3 meses antes de cumplir 65 años o en su mes número 25 de beneficios por incapacidad. Si no desea la Parte B, siga las instrucciones que le envían con la tarjeta y luego devuelva la tarjeta. Si se queda con ella, estará quedándose con la Parte B.

Las personas que padecen de [Esclerosis Lateral Amiotrófica \(ALS\)](#) también llamada enfermedad de Lou Gehrig obtendrán la Parte B automáticamente en cuanto empiecen sus beneficios por incapacidad.

Si no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible por primera vez, puede hacerlo durante:

- **El Período General de Inscripción** que va del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de julio. Sin embargo, el costo aumentará hasta en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haberse inscrito en la Parte B pero no lo hizo, a menos que sea elegible para un [Período Especial de Inscripción](#) (vea abajo). Usted tendrá que pagar esta [penalidad](#) por inscripción tardía mientras tenga la Parte B.
- **El Período Especial de Inscripción** que se le otorga si espera para inscribirse en la Parte B porque usted o su cónyuge (o un familiar, si usted está incapacitado) está trabajando y tiene cobertura de salud grupal de empleador. Usted puede inscribirse en la Parte B en cualquier momento mientras tenga la cobertura de empleador o durante el período de 8 meses que comienza el mes en que su empleo termina o se acaba la cobertura de su plan de salud grupal, lo que ocurra primero.
- **El Período Especial de Inscripción para Voluntarios Internacionales** que se le otorga si usted esperó para inscribirse en la Parte B porque tenía un seguro médico mientras estaba trabajando como voluntario en un país extranjero.

Generalmente, no pagará la penalidad por inscripción tardía si se inscribe en la Parte B durante un Período Especial de Inscripción.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

¿Cuándo Puedo Inscribirme en la Parte B? (continuación)

Si desea más información sobre la inscripción en la Parte B llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778. Si usted tiene beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la oficina local de RRB o al 1-800-808-0772. También puede visitar www.medicare.gov o recibir asesoría personalizada del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 98–101.

La Parte B de Medicare y la Cobertura de TRICARE

Si tiene TRICARE y la Parte A de Medicare, también tiene que tener la Parte B para poder mantener la cobertura de TRICARE. Sin embargo, si es un miembro de las fuerzas armadas en actividad, o el cónyuge o hijo dependiente de un miembro en actividad:

- No está obligado a tener la Parte B para quedarse con la cobertura de TRICARE.
- Cuando el militar se retira del servicio activo, tendrá que inscribirse en la Parte B para mantener la cobertura de TRICARE.
- Usted puede inscribirse en la Parte B durante el Período Especial de Inscripción (vea la página 15), si tiene Medicare por tener 65 años o más o porque está incapacitado. En la mayoría de los casos, no tendrá que pagar la penalidad por inscripción tardía. Si tiene Medicare porque padece de Enfermedad Terminal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés), sólo podrá inscribirse en la Parte B durante el Período General de Inscripción (vea la página 15) y puede que tenga que pagar la penalidad por inscripción tardía.

Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, avísele al plan que usted tiene TRICARE. Si desea más información sobre TRICARE, consulte las páginas 67–68.

La Parte B de Medicare y la Cobertura de Salud Grupal de un Empleador o Sindicato

Sus derechos como beneficiario de la Parte B pueden verse afectados si usted o su cónyuge aún están trabajando y tiene cobertura de salud a través de un empleador o sindicato. COBRA es una cobertura diferente a la que tiene mientras está trabajando y puede influir en sus derechos de un modo diferente. Vea las páginas 69–70 si desea más información. Su decisión sobre cuándo inscribirse en la Parte B también puede afectar su derecho a comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare).

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

La Parte B Cubre:

- **Los Servicios Necesarios por Razones Médicas**—Lo que significa que un artículo o servicio debe ser necesario para el diagnóstico o tratamiento de su problema médico.
- **Servicios Preventivos**—Servicios que ayudan a prevenir o disminuir las complicaciones de un problema de salud que usted tiene, hacer una detección temprana de un problema que es cuando el tratamiento puede dar los mejores resultados, o controlar una condición médica.

En las páginas 18–25 encontrará una lista en orden alfabético de los servicios preventivos más comunes necesarios por motivos médicos, cubiertos por la Parte B de Medicare.



Este símbolo identifica a los servicios preventivos.

Use la lista de control de la página 108. Pregúntele a su médico cuáles son los servicios preventivos que necesita, él podrá ayudarle a comprender los servicios preventivos que cubre Medicare.

Lo que Usted Paga por los Servicios Cubiertos por la Parte B

Los costos de los servicios de la Parte B varían según el tipo de servicio y del plan que escoja. En los cuadros de las páginas 18–25 encontrará información general sobre los costos de cobertura de la Parte B para el Plan Original de Medicare. La información siguiente le ayudará a comprender los costos de cobertura:

- “Sin costo” significa que Medicare pagará por el servicio y que usted no paga nada.
- “Usted paga un **coseguro**” significa que en la mayoría de los casos, usted pagará el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para dicho servicio.
- “Usted paga un coseguro y el **deducible** correspondiente a la Parte B” significa que usted debe pagar todos los costos hasta que haya pagado el deducible de la Parte B antes de que Medicare pague la parte correspondiente. Para averiguar el monto del deducible para el 2008, consulte la página 112. Después de pagar el deducible, usted paga un coseguro (generalmente el 20% del costo del servicio).

Nota: Si usted se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o tiene otro seguro (como una póliza Medigap o un plan de empleador o sindicato), sus costos podrían ser distintos a los que se mencionan en las páginas 18–25. Si desea una lista de lo que no está cubierto por las Partes A y B, consulte la página 26.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

La Parte B Cubre



Evaluación para Aneurisma Aórtico Abdominal

Una prueba de ultrasonido realizada una sola vez a las personas en riesgo. Medicare sólo paga por este examen si su médico lo refiere como resultado del examen físico “Bienvenido a Medicare”. Vea “examen físico” en la página 23. Usted tiene que pagar un coseguro.

Servicio de Ambulancia

Cuando es necesario por motivos médicos para llevarlo a un hospital o centro de enfermería especializada, y el transporte en otro vehículo pudiera poner su vida en peligro. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

Tarifa del Centro de Cirugía Ambulatoria

Las tarifas del centro para los servicios aprobados en un Centro de Cirugía Ambulatoria (donde se realizan procedimientos quirúrgicos y el paciente es dado de alta el mismo día). Usted paga un **coseguro** y el deducible de la Parte B.

Sangre

Pintas de sangre que usted recibe como paciente ambulatorio, o como parte de un servicio cubierto por la Parte B, a partir de la cuarta pinta de sangre. Las tres primeras pintas no están cubiertas. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.



Medición de Masa Ósea Densitometría Ósea

Para prevenir el riesgo de rotura de huesos. Este servicio está cubierto una vez cada 24 meses (o con mayor frecuencia si fuese necesario por razones médicas) para los beneficiarios que cumplen con ciertos requisitos médicos o padecen de ciertas condiciones médicas. Usted paga un coseguro y el **deducible** de la Parte B.



Evaluación Cardiovascular

Este servicio puede evitar un derrame cerebral o un ataque al corazón. Medicare paga por las pruebas de colesterol, lípidos, y triglicéridos cada cinco años. Sin costo, no tiene que pagar.

Servicios Quiroprácticos (limitados)

Para corregir una luxación (cuando uno o más huesos se salen de su posición) usando la manipulación de la espina dorsal. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

Servicios de Laboratorio

Incluidos ciertos análisis de sangre, urianálisis, algunas pruebas de evaluación, y más. Sin costo, no tiene que pagar.

En la página 112 encontrará las cantidades del coseguro y deducible correspondientes a la Parte B. Cuando vea a su médico lleve con usted la **lista de verificación de servicios preventivos** que se encuentra en la página 108.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

1

La Parte B Cubre

Ensayos Clínicos

Para ayudar a los médicos e investigadores a descubrir maneras nuevas de prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades. Los ensayos clínicos prueban nuevos tipos de tratamiento, como por ejemplo el resultado de un medicamento nuevo para el cáncer. Los costos de rutina están cubiertos si usted participa en un ensayo clínico. Si el suministro o servicio no está cubierto fuera del estudio clínico, el costo de dicho artículo o servicio puede que no esté cubierto. Usted paga un **coseguro** y el **deducible** de la Parte B.



Exámenes para Detección de Cáncer Colorrectal

Estas pruebas pueden detectar crecimientos precancerígenos y prevenir el cáncer colorrectal a tiempo cuando el tratamiento es más eficaz. Uno o más de los exámenes siguientes pueden estar cubiertos. Hable con su médico.

- Sangre oculta en la material fecal—Si tiene 50 años o más, una vez al año. Sin costo, no tiene que pagar.
- Sigmoidoscopia flexible—Si tiene 50 años o más, una vez cada cuatro años (48 meses) o para aquellos de alto riesgo, 120 meses después de la colonoscopia anterior. Usted paga un coseguro.
- Colonoscopia de evaluación—Una vez cada 120 meses (si es una persona de alto riesgo, cada dos años), o 48 meses después de la sigmoidoscopia flexible previa. No hay edad mínima. Usted paga un coseguro.
- Enema de bario—Una vez cada 48 meses si tiene 50 años o más (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses) cuando se usa en lugar de una sigmoidoscopia o de una colonoscopia. Usted paga un coseguro.



Evaluación de Diabetes

Para la detección de diabetes. Estas pruebas están disponibles si usted tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), dislipidemia (historial de colesterol y niveles de triglicéridos anormal), obesidad, o historial de nivel de azúcar en la sangre alto. Medicare también paga por estas pruebas si responde “sí” a una o más de estas preguntas:

- ¿Tiene usted 65 años o más?
- ¿Está usted excedido de peso?
- ¿Tiene usted un historial familiar de diabetes (padres, hermanos, etc.)?
- ¿Tiene usted historial de diabetes durante la gestación (durante el embarazo), o dio a luz a un bebé con más de 9 libras?

Según los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de diabetes al año. Sin costo, no tiene que pagar.

En la página 112 encontrará las cantidades del coseguro y deducible correspondientes a la Parte B. Cuando vea a su médico lleve con usted la **lista de verificación de servicios preventivos** que se encuentra en la página 108.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

La Parte B Cubre



Entrenamiento para el Autocontrol de la Diabetes	Para los pacientes diabéticos. Tiene que tener una orden escrita de su médico o proveedor de la salud. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.
Suministros para Diabéticos	Incluidos los monitores de glucosa, tiras de prueba, dispositivos para lancetas, y lancetas, solución para el control de glucosa y en algunos casos, zapatos terapéuticos. Las jeringas e insulina solo están cubiertas si se usan con una bomba de insulina o si se inscribe en un plan de Medicare de recetas médicas (Parte D). Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.
Servicios Médicos	Necesarios por motivos médicos o servicios preventivos cubiertos. No cubre los exámenes físicos de rutina excepto “Bienvenido a Medicare” el examen físico ofrecido una sola vez, vea la página 23. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.
Equipo Médico Duradero	<p>Artículos como oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital para usar en el hogar. Por cierto equipo, como sillas de ruedas y camas de hospital, Medicare paga por el alquiler de hasta 13 meses (36 meses por el oxígeno). Después de ese período, el equipo es suyo y Medicare paga por el mantenimiento. Para que Medicare pague por su equipo médico, usted debe obtenerlo de un proveedor inscrito en Medicare. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B. En algunos casos, si compra el equipo sin haberlo alquilado primero, Medicare no pagará.</p> <p>NUEVO: En el 2008, usted tendrá que utilizar ciertos proveedores que tienen un contrato con Medicare para obtener su equipo médico duradero en ciertas zonas. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.</p>
Servicios de la Sala de Emergencia	Cuando usted cree que su salud está en peligro. Tal vez tenga una herida grave, una enfermedad repentina o una condición que va empeorando rápidamente. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.
Examen de la Vista	Para los beneficiarios diabéticos para detectar retinopatía diabética una vez cada 12 meses. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.
Anteojos (limitados)	Un par de anteojos con marco estándar (o un par de lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas con implante de una lente intraocular. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

En la página 112 encontrará las cantidades del coseguro y deducible correspondientes a la Parte B. Cuando vea a su médico lleve con usted la **lista de verificación de servicios preventivos** que se encuentra en la página 108.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

La Parte B Cubre



Vacuna Contra la Gripe e Influenza

Vacunas que ayudan a prevenir la influenza o virus de la gripe. Medicare paga por estas vacunas una vez cada otoño o invierno. La gripe es una enfermedad grave. Usted necesitará vacunarse contra el virus de cada año. Sin costo, no tiene que pagar.

Exámenes de los Pies y Tratamiento

Si sufre una afección a los nervios relacionada con su diabetes y cumple ciertos requisitos. Paga un **coseguro** y el **deducible** de la Parte B.



Examen de Glaucoma

Estos exámenes sirven para detectar la enfermedad ocular llamada glaucoma. Medicare paga por estos exámenes cada 12 meses para aquellos beneficiarios de alto riesgo. Su riesgo de glaucoma aumenta si usted es diabético, tiene un historial familiar de glaucoma, es afroamericano y tiene 50 años o más, o hispano de 65 años o más. El examen debe realizarlo un oftalmólogo autorizado legalmente para trabajar en su estado. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

Examen del Oído y del Equilibrio

Si su médico lo ordena para averiguar si se necesitará un tratamiento. Los aparatos de asistencia auditiva o los exámenes para colocarlos no están cubiertos. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.



Vacuna Contra la Hepatitis B

Estas vacunas lo protegerán contra la Hepatitis B. Este servicio (3 vacunas) está cubierto para los beneficiarios de Medicare de alto o mediano riesgo de contraer la Hepatitis B. Su riesgo aumenta si tiene hemofilia, enfermedad renal en etapa final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón), o un problema médico que disminuye su resistencia a la infección. Hay otros factores que pueden aumentar el riesgo de contraer Hepatitis B. Pregunte a su médico si usted es una persona de mediano o alto riesgo. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

Servicios de la Salud en el Hogar

Servicios necesarios limitados o razonables a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada, o si necesita continuar con la terapia física, ocupacional y del lenguaje/habla, ordenados por su médico y proporcionados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare. También pueden incluir servicios sociales, otros servicios, **equipo médico duradero** (como silla de ruedas, camas de hospital, oxígeno y andadores), y suministros médicos para usar en el hogar. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B para el equipo médico duradero.

En la página 112 encontrará las cantidades del coseguro y deducible correspondientes a la Parte B. Cuando visite a su médico lleve con usted la **lista de verificación de servicios preventivos** que se encuentra en la página 108.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

La Parte B Cubre

Servicios de Diálisis Renal y Suministros

Ya sea en un centro o en el hogar si son ordenados por su médico. Usted paga un **coseguro** y el **deducible** de la Parte B.



Mamografía

Un tipo de radiografía que detecta el cáncer del seno antes que usted o su médico puedan palparlo. Medicare paga por la mamografía cada 12 meses para todas las beneficiarias de 40 años o más. Medicare cubre una mamografía de base para las mujeres entre 35 y 39 años. Usted paga un coseguro.



Servicios Médicos de Nutrición

Para los beneficiarios que padecen de diabetes, o de insuficiencia renal y que son referidos por su médico para estos servicios. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

Cuidado de Salud Mental (ambulatorio)

Para obtener ayuda para los problemas psicológicos como depresión y ansiedad. Incluye los servicios generales que se brindan fuera del hospital o en el departamento ambulatorio del hospital, incluidas las consultas con el médico, psicólogo clínico o asistente social y exámenes. Se aplican ciertas limitaciones y condiciones. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

Nota: Hable con su médico si se siente triste, falta de interés en las cosas que antes disfrutaba o tiene pensamientos suicidas. Si desea más información sobre los servicios de salud mental para pacientes internos. Vea la página 13.

Terapia Ocupacional

Servicio para ayudarle a regresar a sus actividades de rutina (como bañarse) después de una enfermedad cuando sea ordenada por su médico. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

Servicios Ambulatorios del Hospital

Recibidos como paciente ambulatorio como parte de la atención médica. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

Servicios Ambulatorios Médicos, Quirúrgicos y Suministros

Para procedimientos aprobados cuando sean necesarios por razones médicas. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

En la página 112 encontrará las cantidades del coseguro y deducible correspondientes a la Parte B. Cuando visite a su médico lleve con usted la **lista de verificación de servicios preventivos** que se encuentra en la página 108.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

1

La Parte B Cubre



Examen Papanicolau y Examen Pélvico (incluye el examen clínico de los senos)

Estos exámenes detectan el cáncer cervical y vaginal. Medicare paga por estos exámenes cada 24 meses para las beneficiarias de bajo riesgo y cada 12 meses para las mujeres de alto riesgo y aquellas en edad de concebir a quienes les hicieron un examen, en los 3 últimos años, y el resultado indicó que tenían cáncer o alguna otra anomalía. Sin costo, no tiene que pagar para la prueba Papanicolau. Usted paga un coseguro por la recolección de la muestra y por los exámenes pélvicos y de los senos.



Examen Físico “Bienvenido a Medicare” (una sola vez)

Medicare paga por un examen físico (una sola vez), así como educación y asesoramiento sobre los [servicios preventivos](#) que necesita, incluyendo ciertas evaluaciones, vacunas y referidos para otro tipo de atención médica también estarán cubiertas si fuesen necesarias.

Importante: Este examen físico debe hacerse durante los 6 primeros meses de su inscripción a la Parte B de Medicare. Tendrá que pagar el [deducible](#) y el [coseguro](#).

Terapia Física

Evaluación y tratamiento de lesiones y enfermedades usando varios procedimientos, tales como ejercicios y pruebas, cuando su médico la haya ordenado. También puede incluir terapias con calor, luz y ultrasonido. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.



Vacuna Neumocócica (contra la pulmonía)

Esta vacuna previene la infección por neumococos (como cierto tipo de pulmonía). Casi todas las personas sólo la necesitan una vez en la vida. Hable con su médico. Sin costo, no tiene que pagar.

Servicios de Profesionales de la Salud

Como por ejemplo aquellos servicios ofrecidos por asistentes sociales, asistentes de médicos y enfermeras licenciadas. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

Medicamentos Recetados (limitados)

Incluye ciertos medicamentos inyectables para el cáncer o medicamentos inmunosupresores. Usted paga un coseguro y el deducible de la Parte B.

Nota: Para información sobre la cobertura de recetas médicas de Medicare (Parte D), vea las páginas 52–66.




Evaluación de Cáncer de la Próstata

Esta prueba ayuda a detectar el cáncer de próstata. Medicare paga por una evaluación dígito rectal (usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B por el examen) y del Antígeno Específico de la Próstata (PSA por su sigla en inglés) cada 12 meses para todos los beneficiarios de Medicare de 50 años o más. No tiene que pagar el examen PSA.

En la página 112 encontrará las cantidades del coseguro y deducible correspondientes a la Parte B. Cuando visite a su médico lleve con usted la [lista de verificación de servicios preventivos](#) que se encuentra en la página 108.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

La Parte B Cubre

Aparatos Prostéticos/ Dispositivos Ortóicos	<p>Incluidos aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda, y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales (y sus repuestos); prótesis de seno (después de una mastectomía); prótesis para reemplazar partes internas del cuerpo o sus funciones, incluyendo los suministros de ostomía, y nutrición enteral y parenteral). Para que Medicare cubra estos dispositivos, usted debe utilizar un proveedor inscrito en Medicare. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.</p>
Servicios de Centros de Salud y de Clínicas de Salud Rurales Aprobadas Federalmente	<p>Una variedad de servicios de atención médica primaria que generalmente se brindan como servicios ambulatorios. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B se aplica a los servicios de las clínicas de salud rurales.</p>
Segunda Opinión Sobre Cirugía	<p>Está cubierta en algunos casos (y a veces se cubre hasta una tercera opinión) si fuese necesario por razones médicas para una cirugía que no es de emergencia. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.</p>
 Consejería para Dejar de Fumar	<p>Servicio cubierto si ha sido ordenado por un médico. Incluye consejería de 2 intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses, si le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el cigarrillo o si toma un medicamento cuyo efecto pueda verse alterado por el tabaco. La consejería de cada intento para dejar de fumar consiste de 4 sesiones en persona. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.</p>
Servicios de Patología del Lenguaje/Habla	<p>Cuando sea ordenado por su médico para recobrar o fortalecer sus destrezas del lenguaje oral. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.</p>
Vendajes Quirúrgicos	<p>Para el tratamiento de una herida quirúrgica o de una herida tratada con cirugía. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.</p>
Telemedicina	<p>Servicios en algunas zonas rurales, si cumplen con ciertos requisitos y se brindan en un consultorio médico, un hospital o un centro de salud aprobado federalmente. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.</p>

En la página 112 encontrará las cantidades del coseguro y deducible correspondientes a la Parte B. Cuando visite a su médico lleve con usted la **lista de verificación de servicios preventivos** que se encuentra en la página 108.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

La Parte B Cubre

Exámenes	Incluidos rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scan), Electrocardiograma (EKG), y otros exámenes de diagnóstico. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.
Trasplantes	<p>Incluidos los servicios médicos para trasplantes del corazón, pulmón, riñón, páncreas, hígado e intestino, bajo ciertas condiciones, y sólo en un centro certificado por Medicare. Trasplantes de córnea y médula ósea, bajo ciertas condiciones; medicamentos inmunosupresores si el trasplante fue pagado por Medicare, o por un plan grupal de empleador que debía pagar antes que Medicare. Usted debía ser elegible para la Parte A cuando se hizo el trasplante y para la Parte B cuando recibió los medicamentos inmunosupresores y además, el trasplante debe haberse hecho en un centro u hospital certificado por Medicare. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, pídale al plan información sobre la cobertura de los trasplantes. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.</p> <p>Nota: Los planes de recetas médicas de Medicare pueden cubrir los medicamentos inmunosupresores, inclusive si el trasplante no fue pagado por Medicare o un plan de salud grupal de empleador o sindicato.</p>
Viajes (servicios médicos cuando viaja fuera de los Estados Unidos)	Limitado a los servicios médicos brindados en Canadá cuando viaja por la vía más directa entre Alaska y otro estado. Medicare también paga por el hospital, la ambulancia y los servicios del médico si usted está en los Estados Unidos pero el hospital más cercano que puede tratarlo no está en los Estados Unidos (los “Estados Unidos” son los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte, y Samoa Americana). En algunos casos, Medicare paga por los servicios que usted recibió mientras se encontraba a bordo de un barco, en aguas territoriales cercanas al territorio de los Estados Unidos. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.
Cuidado Urgente	Cuando se necesite para tratar una enfermedad repentina o una herida y que no sea una emergencia médica. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.

En la página 112 encontrará las cantidades del coseguro y deducible correspondientes a la Parte B. Cuando visite a su médico lleve con usted la **lista de verificación de servicios preventivos** que se encuentra en la página 108.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Lo Que las Partes A y B No Cubren

Los artículos y servicios que no están cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Acupuntura
- Servicios quiroprácticos (excepto los mencionados en la página 18)
- Cirugía estética
- **Cuidado de custodia** (ayuda para bañarse o ir al baño), excepto cuando recibe atención de enfermería especializada en un SNF, en el hogar o en un hospicio
- **Deducibles, coseguro, o copagos** cuando usted recibe servicios de salud. Vea las páginas 111–112 para obtener las cantidades. Las personas con ingresos y recursos limitados pueden obtener ayuda para pagar estos costos, vea las páginas 76–82.
- Servicio dental y dientes postizos (sólo algunas excepciones)
- Examen de la vista (rutina), refracciones oculares (examen que mide la visión a distancias específicas) y la mayoría de los anteojos (excepto los mencionados en la página 20)
- Cuidado rutinario de los pies como quitar los callos y otras durezas (con muy pocas excepciones)
- Audífonos y exámenes del oído para colocar los aparatos auditivos
- Exámenes auditivos no solicitados por su médico
- Exámenes de laboratorio de evaluación, con excepción de los que se detallan en las páginas 18–25
- **Cuidado a largo plazo**, como el cuidado de custodia en un asilo de ancianos
- Zapatos ortopédicos (con algunas pocas excepciones)
- Exámenes físicos (de rutina o anuales). Medicare pagará un solo examen físico en los 6 meses siguientes a su inscripción en la Parte B, vea la página 23. Usted paga el coseguro y el deducible de la Parte B.
- Medicamentos recetados. La mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare. Vea las páginas 52–66 para obtener información sobre la cobertura de recetas médicas (Parte D).
- Inyecciones (vacunas preventivas), con excepción de las que se detallan en las páginas 18–25
- Jeringas o insulina, a menos que use la insulina con una bomba de insulina, sin embargo puede estar cubierta por un plan de recetas médicas (Parte D)
- Servicios médicos que usted recibe mientras viaja fuera del país, excepto lo mencionado en la página 25

Los Servicios Cubiertos por Medicare

1

Información Sobre Calidad

Cómo Puede Beneficiarse con la Información de Medicare Sobre Calidad

La información sobre calidad puede ayudarle a enterarse qué tan bien el plan u otro proveedor (médico u hospital) mantienen saludables a sus miembros o les brindan el tratamiento que necesitan cuando están enfermos. Medicare recaba información de los planes y proveedores para averiguar acerca de la calidad de los servicios. Medicare también recaba información de sus beneficiarios para averiguar si están satisfechos con sus planes y proveedores.

Las Herramientas que Ofrece el Sitio Web de Medicare

El sitio Web www.medicare.gov ofrece información sobre la calidad de los servicios. Puede ayudarle a comparar planes y proveedores y tomar decisiones informadas que satisfagan sus necesidades. El sitio Web contiene “Herramientas de Búsqueda” que pueden ayudarle a comparar lo que cada plan y proveedor ofrecen en su zona.

- Para comparar los Planes de Salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare), visite “Comparación de las Opciones de Medicare”.
- Para comparar la cobertura Medicare de sus recetas médicas, visite la herramienta de “Búsqueda de Planes de Recetas Médicas de Medicare”.
- Para comparar las características y la información sobre calidad para cada una de las facilidades de Medicare y/o centros certificados por Medicare en su zona, visite:
 - “Compare Centros de Diálisis de su Zona”
 - “Compare las Agencias de Cuidado de la Salud en el Hogar de su Zona”
 - “Compare los Hospitales de su Zona”
 - “Compare los Asilos de Ancianos de su Zona”

Si tiene preguntas o quejas sobre la calidad de un servicio cubierto por Medicare, llame a la [Organización para el Mantenimiento de Calidad](#) (QIO por su sigla en inglés) local. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la QIO. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.



Usted tiene el derecho de apelar las decisiones sobre el pago de sus servicios o atención médica. Por ejemplo, tal vez quiera apelar si un servicio o suministro que necesita no está cubierto y usted piensa que debería estarlo. Si desea más información sobre sus derechos de [apelación](#), Vea las páginas 83–88.

Los Servicios Cubiertos por Medicare

Para Obtener más Información Sobre:

- Los servicios y costos de la Parte B—visite www.medicare.gov por Internet. En “Herramientas de Búsqueda”, seleccione “Averiguar lo que Medicare cubre”. O, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- La cobertura de los Planes Medicare Advantage (como un HMO o PPO)—Vea las páginas 38–49.
- La cobertura de recetas médicas de Medicare (Parte D)—Vea las páginas 52–66.
- Cuándo cubrirá Medicare sus próximos servicios preventivos—visite www.MiMedicare.gov y seleccione “Mis Servicios Preventivos”. Para obtener su información personal, tendrá que registrarse en este sitio Web. Vea la página 96.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Sección

2



Sus Opciones de Planes

Medicare le ofrece opciones para escoger cómo obtener sus beneficios de salud y cobertura de medicamentos recetados. Antes de tomar una decisión, averigüe lo más que pueda sobre los tipos de planes y la cobertura disponible.

La Sección 2 incluye información sobre:

- La selección de un plan de salud de Medicare 30–32
 - El Plan Original de Medicare 33–37
 - [Los Planes Medicare Advantage](#) 38–49
 - Otros Planes de Salud de Medicare 50–51
- La Cobertura de Medicare de Recetas Médicas 52–66
- Otros Seguros Privados y Gubernamentales 67–71
- [Las Pólizas Medigap](#) (Seguro Suplementario a Medicare) 72–74

Este manual contiene información general. Para tomar una decisión usted necesitará más información que la que le ofrece este manual. Si desea información personalizada. Vea la página 30.

Sus Opciones de Planes



Decida Cómo Obtener sus Beneficios de Medicare

Usted puede escoger distintas maneras de obtener sus beneficios. **En la mayoría de los casos, cuando se inscribe en Medicare por primera vez, usted estará en el Plan Original de Medicare y podrá inscribirse en un Plan de Medicare de Recetas Médicas.** O, puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO) que ofrezca todos los beneficios de Medicare. En la mayoría de los casos también ofrecerá la cobertura de las recetas médicas.

Cada año puede reevaluar sus necesidades de salud y de medicamentos y cambiarse a otro plan. Vea las páginas 48 y 57.

Nota: En algunos casos, usted tendrá que pagar una penalidad por inscripción tardía si no se inscribe en un plan cuando fue elegible por primera vez. Vea las páginas 14 y 58.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Usted Puede Obtener Ayuda Personalizada para Escoger un Plan de Medicare

1. Visite www.medicare.gov en “Herramientas de Búsqueda”, seleccione “Compare los planes de salud y las pólizas Medigap de su zona” o “Compare los Planes Medicare de Recetas Médicas”.
2. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
3. Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) para asesoría gratuita sobre la selección de un plan. Encontrará el teléfono en las páginas 98–101.
4. Busque un socio de Medicare en su comunidad. Medicare trabaja con muchas organizaciones en todo el país y en su comunidad. Si desea la lista detallada de teléfonos y lugares donde obtener ayuda personalizada. Vea las páginas 95–97.

Sus Opciones de Planes

PASO 1

Escoja un Plan de Medicare

PASO 1

Plan Original de Medicare

Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico)

- Medicare brinda esta cobertura.
- Usted escoge a sus médicos.
- Por lo general, la Parte B paga el 80% de los costos cubiertos y usted paga el 20%, después de haber pagado el **deducible**.

Vea las páginas 33–37.

0 Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO)

Parte C—incluye AMBAS Partes, la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico)

- Compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare para brindar esta cobertura.
- En la mayoría de los planes debe atenderse con médicos de la red del plan.
- Generalmente, usted paga un **copago** por cada servicio cubierto.
- Los costos, beneficios adicionales y normas varían con cada plan. **Vea las páginas 38–49.**

PASO 2

Decida si Quiere la Cobertura de Recetas Médicas (Parte D)

PASO 2

- Si quiere esta cobertura, debe escoger e inscribirse en un **Plan Medicare de Recetas Médicas**.
- Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.

Vea las páginas 52–66.

- La mayoría de los **Planes Medicare Advantage** incluyen la cobertura de recetas médicas (Parte D), generalmente por un costo adicional.

Vea las páginas 40–44.

- Si no la ofrecen, usted podrá inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas.

Vea las páginas 52–66.

PASO 3

Decida si Quiere Cobertura Adicional

Tal vez le interese obtener un seguro privado que cubra los servicios que no cubren las Partes A y B de Medicare.

- Usted puede comprar cobertura suplementaria privada, como una **póliza Medigap** (Seguro Suplementario a Medicare). **Vea las páginas 72–74.**
- Los costos varían de acuerdo a la póliza y compañía.
- Los empleadores o sindicatos pueden ofrecer una cobertura similar.

Nota: Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, por lo general, **no necesita ni puede comprar una póliza Medigap**. Si ya tiene una, puede quedársela pero Medigap no pagará por ninguno de los costos del plan, tal como el copago. **Vea la página 45.**

Además del **Plan Original de Medicare** o de un Plan Medicare Advantage, usted podrá inscribirse en otros planes de salud de Medicare. Vea las páginas 50–51. Si tiene ingresos y recursos limitados puede tener otras opciones (vea las páginas 76–82), o si tiene otra cobertura, como un seguro médico grupal de su empleador, sindicato, militar o recibe los beneficios para veteranos (vea las páginas 67–70).

Sus Opciones de Planes

Lo que Debe Tener en Cuenta al Escoger o Cambiar su Cobertura

- **Costo**—¿Cuánto pagará de su bolsillo por concepto de primas, coseguro, copagos, y deducibles?
- **Beneficios**—Cuando escoja entre el **Plan Original de Medicare** y un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) averigüe si ofrece beneficios y servicios adicionales, como cobertura de exámenes de la vista y aparatos de asistencia auditiva y cómo varía lo que tendrá que pagar por la estadía en el hospital y otros costos.
- **Su Elección del Médico o del Hospital**—¿Acepta su médico ese plan? ¿Puede consultar al médico(s) que desea? ¿Están aceptando pacientes nuevos? ¿Debe escoger a sus proveedores de la red del plan? ¿Necesita ser referido para consultar un especialista? ¿Puede ir al hospital que desee o tiene que ir a un hospital de la red del plan? ¿Paga menos si va a ciertos hospitales o médicos?
- **Conveniencia**—¿Dónde están localizados los consultorios médicos? ¿Cuál es el horario de atención?
- **Viaje**—¿Pasa usted parte del año en otro estado? ¿Estará cubierto por el plan en ese lugar?
- **Medicamentos Recetados**—¿Cuáles medicamentos recetados están en el **formulario** (lista de medicamentos cubiertos) del plan? ¿Qué medicamentos necesita?
- **Farmacia**—¿Cuáles son las farmacias que puede usar?
- **Calidad del Cuidado**—La calidad de los servicios varía entre los médicos, hospitales y otros proveedores de la salud. La información sobre calidad esta disponible en www.medicare.gov le ayudará a tomar las decisiones que le convengan más. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- **Su otra Cobertura**—¿Tiene o reúne los requisitos para obtener otro tipo de cobertura médica o de medicamentos recetados? Si ese es su caso, lea los documentos que le envía la compañía de seguro, o llámelos.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.



Hable con su administrador de beneficios, su aseguradora o el plan antes de cambiar su cobertura actual de empleador o cualquier otro seguro que tenga, puede que al hacer el cambio pierda esta cobertura.

Sus Opciones de Planes

2

► El Plan Original de Medicare

El Plan Original de Medicare es una de sus opciones de planes del Programa Medicare. Usted estará en el Plan Original de Medicare a menos que elija inscribirse en otro tipo de plan. La mayoría de las personas obtienen su cobertura del Plan Original de Medicare.

¿Cómo Funciona el Plan Original de Medicare?

El Plan Original Medicare es un plan de “pago por servicio” (generalmente, le cobran una tarifa cada vez que usted recibe un servicio) administrado por el gobierno federal. Las normas generales sobre el funcionamiento del Plan Original de Medicare son:

- Usted usa su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul cuando recibe sus servicios de salud. Vea el ejemplo de tarjeta en la página 11.
- Usted puede atenderse con cualquier médico, proveedor, hospital, u otro centro que acepte Medicare y esté aceptando nuevos pacientes.
- Cada año, usted generalmente paga una cantidad fija por sus servicios de salud (un **deducible** de \$ 135 en el 2008) antes de que Medicare pague su parte. Luego, Medicare paga la parte que le corresponde (por lo general el 80%), y usted paga la suya (el **coseguro** o **copago**—generalmente el 20%) por los servicios y suministros cubiertos por la Parte B.
- Si tiene la Parte A de Medicare, recibirá todos los servicios cubiertos por la Parte A mencionados en la página 13, que sean necesarios por razones médicas.
- Si tiene la Parte B de Medicare recibirá todos los servicios preventivos y los servicios necesarios por razones médicas cubiertos por la Parte B mencionados en las páginas 18–25. Por lo general pagará una prima mensual de la Parte B. Vea la página 110.
- Usted puede que tenga una póliza Medigap u otra cobertura suplementaria de su empleador o sindicato, que podría pagar los costos que no están cubiertos por el Plan Original de Medicare. Vea las páginas 72–74 para obtener más información sobre las pólizas Medigap.

Sus Opciones de Planes

¿Cómo Funciona el Plan Original de Medicare? (continuación)

En la mayoría de los casos, usted recibe por correo (cada 3 meses) un Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés), si recibió algún servicio cubierto por Medicare durante este período de tiempo. El MSN no es una factura; es una constancia para su archivo. El resumen detalla los servicios recibidos y la cantidad que le pueden cobrar por ellos. Estos avisos los envían compañías privadas que se encargan de las facturas de Medicare. Si no está de acuerdo con la información de su MSN, puede solicitar una **apelación** siguiendo los pasos indicados en el MSN. Si desea información sobre el MSN, visite www.medicare.gov y seleccione “Facturación de Medicare”. O llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Facturación”. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. En www.MiMedicare.gov podrá hacer un seguimiento fácil de todos los servicios que ha recibido. Si se ha registrado, también puede ingresar a este sitio Web para ver su MSN más reciente. Vea la página 96.

Los Gastos Directos de su Bolsillo si Está Inscrito en el Plan Original de Medicare Dependerán de:

- Si tiene las Partes A y/o B de Medicare (la mayoría de los beneficiarios tienen las dos)
- Si su médico o proveedor acepta la asignación. Vea la página 35.
- La frecuencia con la que recibe servicios de salud
- El tipo de servicios que necesite
- Si recibe servicios o suministros no cubiertos por Medicare, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios
- Si tiene otro seguro que funciona con Medicare
- Si tiene **Medicaid** o recibe ayuda adicional para pagar por los costos de Medicare. Vea las páginas 79–80.

La lista en las páginas 110–112 muestra lo que usted paga en el 2008 por los servicios cubiertos por el Plan Original de Medicare. Si desea detalles sobre estos servicios. Vea la página 13 para los de la Parte A y las páginas 18–25 para los de la Parte B. También puede consultar www.medicare.gov en Internet o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.



Vea las páginas 72–74 y 76–82 para información sobre la ayuda para pagar por los costos que el Plan Original de Medicare no cubre.

Sus Opciones de Planes

2

Los Gastos Directos de su Bolsillo y la “Asignación” en el Plan Original de Medicare

La asignación es un acuerdo entre los beneficiarios de Medicare, sus médicos, proveedores y Medicare. El beneficiario “asigna” a Medicare la responsabilidad del pago a su médico o proveedor directamente. La mayoría de los médicos y proveedores aceptan la asignación. Si se atiende con médicos o proveedores inscritos en Medicare y que aceptan la “asignación”, puede reducir los gastos directos de su bolsillo.

Si un médico o proveedor acepta la asignación, significa:

- que acepta que le pague Medicare
- acepta recibir como pago sólo la **cantidad aprobada por Medicare**
- sólo le puede cobrar a usted o a su otro seguro, el **deducible** de Medicare o el **coseguro**

En algunos casos, los médicos, y proveedores deben aceptar la asignación. Por ejemplo, si usted recibe servicios de un asociado médico cubiertos por Medicare, debe aceptar la asignación.

Los médicos y proveedores deben enviar la factura (reclamación) directamente a Medicare. No pueden cobrarle por enviarla (esto incluye a las reclamaciones por las tiras para pruebas de glucosa).

¿Qué Ocurre si mi Médico o Proveedor no Acepta la “Asignación”?

Si su médico o proveedor no acepta la asignación, está obligado a presentar una reclamación a Medicare y puede cobrarle más de la **cantidad aprobada por Medicare**.

Sin embargo, para la mayoría de los servicios, hay un límite para lo que pueden cobrarle. A la cantidad máxima que pueden cobrarle se le llama “carga limitante”. Esta cantidad es el 15% más de la cantidad aprobada por Medicare (tal vez sea menos en su estado). El “carga limitante” sólo aplica a ciertos servicios y no se aplica a los suministros ni al **equipo médico duradero**. Además, tal vez tenga que pagar el total de la factura en el momento en que recibe el servicio y enviar luego la reclamación a Medicare para obtener el reembolso.

Para buscar un médico o proveedor que acepte la asignación, visite www.medicare.gov en Internet y seleccione “Herramientas de Búsqueda en la parte superior de la página. Luego seleccione “Buscar un Médico”. También puede obtener información llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sus Opciones de Planes

¿Qué es un Contrato Privado?

Un “contrato privado” es un acuerdo por escrito entre usted y su doctor u otro proveedor de la salud que haya decidido no ofrecer sus servicios a través del Programa Medicare. El contrato privado es válido solamente para los servicios del médico que le pidió que firme el contrato. No se le puede pedir que firme un contrato privado en una situación de emergencia o cuando necesite cuidado urgente. Si usted firma un contrato privado con su médico:

- Medicare no pagará ningún servicio que reciba de este médico
- Usted tendrá que pagar lo que el médico o proveedor le cobre por el servicio recibido
- Si tiene una póliza Medigap, no pagará por dicho servicio. Si tiene preguntas, llame a su compañía de seguro Medigap antes de recibir el servicio.
- Muchos otros planes de Medicare tampoco pagarán por el servicio
- Su médico debe decirle si Medicare pagaría por dicho servicio si lo recibiera de otro médico que participe en el Programa Medicare
- Su médico debe decirle si fue excluido del Programa Medicare

Si desea pagar de su bolsillo por un servicio que no cubre Medicare, su médico no tiene que retirarse del Programa Medicare ni pedirle que firme un contrato privado. Usted siempre tiene la opción de escoger un servicio que no está cubierto mientras lo pague de su bolsillo. Para obtener la lista de servicios y suministros que Medicare no cubre. Vea la página 26.

También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener asesoría sobre la firma de un contrato privado con cualquier médico u otro proveedor de la salud. En la contraportada interior del manual encontrará el número de teléfono.

Si desea información sobre sus derechos de [apelación](#) y como protegerse del fraude, vea las páginas 83–93.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Sus Opciones de Planes

2

Agregue la Cobertura de Recetas Médicas (Parte D) al Plan Original de Medicare

Los beneficiarios inscritos en el Plan Original de Medicare pueden agregar esta cobertura inscribiéndose en un Plan de Medicare de Recetas Médicas. Estos planes son ofrecidos por compañías privadas que trabajan con Medicare para ofrecerle la cobertura de recetas médicas. Para averiguar lo que debe tener en cuenta antes de inscribirse en un Plan de Medicare de Recetas Médicas, vea la página 54. Si desea más información sobre esta cobertura, vea las páginas 52–66. Para más información sobre los planes de recetas médicas en su zona visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048..

Ayuda para Pagar por la Cobertura de sus Recetas Médicas

Las personas que tienen ingresos y recursos limitados podrían ser elegibles para recibir ayuda para pagar por los costos del plan de recetas médicas. Si es elegible automáticamente para la ayuda adicional, y se inscribe en algunos planes básicos de recetas médicas, no tendrá que pagar la prima. Si no es elegible automáticamente, usted puede igualmente obtener ayuda para pagar por los costos de su cobertura de recetas médicas. Vea las páginas 76–78 para averiguar si reúne los requisitos para la ayuda adicional.



Si tiene cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador anterior o actual o sindicato, comuníquese con el administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio a su cobertura de recetas médicas. Si se inscribe en la Parte D (Plan de Recetas Médicas), podría perder usted, su cónyuge o su dependiente, su cobertura de salud y/o de medicamentos del empleador o sindicato.

Sus Opciones de Planes

▶ Planes Medicare Advantage (Parte C)

Los Planes Medicare Advantage son opciones de planes de salud (como un **HMO** o **PPO**) aprobados por Medicare pero ofrecidos por compañías privadas. Son parte del Programa Medicare y a veces se les conoce como la “Parte C” o “planes MA”. Medicare paga a estos planes privados, una cantidad mensual por su atención médica. Los Planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare. Estos planes no son un seguro suplementario.

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage?

Estos planes brindan todos los servicios cubiertos por la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico) y deben como mínimo, cubrir todos los servicios necesarios por razones médicas que brinda el Plan Original de Medicare. Sin embargo, los Planes Medicare Advantage pueden cobrarle **copagos**, **coseguro**, y **deducibles** diferentes por los servicios. Es importante que llame al plan antes de inscribirse para averiguar cuánto pagará por los servicios y si ese plan cubre sus necesidades.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Los Planes Medicare Advantage pueden ofrecer beneficios adicionales, tales como servicios de la vista, auditivos, dentales y/o programas de salud y bienestar, y la mayoría de ellos incluye la cobertura de sus recetas médicas (por un costo adicional). Dichos planes por lo general tiene una red de proveedores. Esto significa que usted debe atenderse con médicos de la red del plan o visitar a ciertos hospitales para que paguen por sus servicios. También necesita un referido por escrito para atenderse con un especialista.

Si usa un proveedor que no pertenece a la red, quizá tenga que pagar el costo total del servicio cubierto. Algunos planes le permitirán usar proveedores de la salud que no pertenecen a la red, pero le cobrarán más caro. Pregúntele a su médico u hospital si aceptan ese plan.

Sus Opciones de Planes

2

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

Hay 5 tipos distintos de Planes Medicare Advantage. La mayoría de ellos como los [HMO](#), tiene una red de médicos con los que debe atenderse si está inscrito en el plan. Otros, como los Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS) le permiten atenderse con cualquier médico **si el mismo acepta las condiciones de pago del plan antes de atenderlo**. Otro tipo de Planes Medicare Advantage llamados Planes Medicare para Necesidades Especiales (SNP) atienden a ciertos beneficiarios que padecen de condiciones crónicas, residen en instituciones como asilos de ancianos o tienen otras necesidades especiales.

Los distintos beneficios ofrecidos por estos tipos de Planes Medicare Advantage se mencionan en el cuadro que comienza en la página 42. A continuación encontrará una lista de los Planes Medicare Advantage y el número de la página para obtener más información sobre cada tipo de plan. En todos los tipos de Planes Medicare Advantage, usted está siempre cubierto en caso de emergencia o necesidad de cuidado urgente.

Los Planes Medicare Advantage incluyen:

- [Planes de Organización de Proveedor Preferido \(PPO\)](#), vea la página 42.
- Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) vea la página 42.
- Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS), vea la página 43.
- [Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos \(MSA\)](#), vea la página 43.
- Planes para Necesidades Especiales, vea la página 44.

Planes Medicare Advantage

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

¿Quién puede inscribirse?

En general, usted puede inscribirse si:

- Tiene la Parte A y B de Medicare.
- Vive en el **área de servicio** del plan que ha escogido. Llame al plan para más información sobre su área de servicio.
- No padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón), con excepción de lo explicado en la página 46.

Nota: En la mayoría de los casos usted sólo puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage en ciertos momentos. Vea la página 48.

Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage

- Usted sigue estando en el Programa Medicare.
- Aún tiene los derechos y protecciones de Medicare, incluido el derecho de **apelación**. Vea las páginas 83–88.
- Sigue recibiendo todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Vea las páginas 13 y 18–25.
- Generalmente obtiene la cobertura de medicamentos recetados (Parte D) del plan. En la mayoría de los planes Medicare Advantage, si desea la cobertura de recetas médicas y el plan la ofrece, debe obtenerla de su plan. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage no podrá inscribirse en un **Plan Medicare de Recetas Médicas** a menos que esté en un **Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)** o en ciertos **Planes Privados de Pago-por-Servicios (PFFS)**. **En la mayoría de los casos, si está inscrito en un Plan Medicare Advantage y se inscribe en un Plan Medicare de Recetas Médicas, será cancelado de su Plan Medicare Advantage y regresará al Plan Original de Medicare.**

Ningún plan MSA y sólo algunos Planes Privados de Pago-por-Servicio ofrecen la cobertura de recetas médicas. Si su plan PFFS no ofrece dicha cobertura, o si usted tiene un plan MSA, puede inscribirse en un Plan de Recetas Médicas de Medicare para obtenerla. Vea las páginas 52–66.

- Tal vez pueda recibir beneficios adicionales, como cobertura de servicios de la vista, oído, dental y/o programas sobre salud y bienestar.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Sus Opciones de Planes

2

Planes Medicare Advantage

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage (continuación)

- Puede inscribirse o cambiar de plan sólo durante ciertos períodos del año. Vea la página 48.
- Generalmente seguirá pagando la **prima** mensual de la Parte B. También tendrá que pagar la prima del Plan Medicare Advantage (si le cobran una prima) que incluye los beneficios de las Partes A y B, la cobertura de recetas médicas (Parte D, si la ofrecen) y cualquier beneficio adicional (si lo ofrecen).
- Puede que tenga que atenderse con médicos que pertenezcan a la red del plan.
- Usted debe cumplir con las normas del plan, como por ejemplo obtener un **referido** de su médico para atenderse con un especialista o pedir una autorización previa para ciertos procedimientos. Consulte con el plan.
- Generalmente tendrá que pagar otros costos (**copagos**, **deducibles**, o **coseguro**) por los servicios que reciba. Los gastos directos de su bolsillo variarán de acuerdo a los servicios que reciba. Antes de recibir el servicio, pregúntele al plan cuánto cuesta.
- Usted no necesita (ni podrá) comprar una **póliza Medigap**. La misma no cubrirá ni los deducibles, copago, o coseguro del Plan Medicare Advantage.
- Si se atiende con un médico que no pertenece a la red del plan, sus servicios no estarán cubiertos o si lo están, el costo será más alto.
- El plan le enviará cada año la Evidencia de Cobertura. Este documento explica los beneficios que estarán cubiertos por el plan, cuánto tendrá que pagar, cómo solicitar una **apelación** y más.
- Los beneficios del plan pueden cambiar cada año. El plan le enviará cada otoño el Aviso Anual de Cambio. Este aviso contiene información sobre cualquier cambio en los beneficios, costos o **área de servicio** que entrará en vigencia en enero. Si el plan cubre sus recetas médicas, el aviso también incluirá los cambios del **formulario**. Lea el aviso atentamente para enterarse de los cambios para el año venidero y decidir si desea considerar otros planes en su zona.
- Si el plan decide retirarse del Programa Medicare, tendrá que inscribirse en otro Plan Medicare Advantage o regresar al **Plan Original de Medicare**. Vea la página 48.



Si su-ex-empleador o sindicato paga por su Plan Medicare Advantage, vea la página 69.

Sus Opciones de Planes

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

(continúa) →

	Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO)	Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
¿Cubre las recetas médicas?	Sí, en la mayoría de los casos. Si desea esta cobertura deberá inscribirse en un PPO que la ofrezca. Pregunte al plan.	Sí, en la mayoría de los casos. Si desea esta cobertura deberá inscribirse en un HMO que la ofrezca. Pregunte al plan.
¿Debo escoger un médico de cuidado primario?	No.	Sí. Generalmente tendrá que obtener un referido de su médico de cuidado primario para atenderse con otro proveedor.
¿Puedo atenderme con cualquier médico o en cualquier hospital?	Sí. Los PPO tienen una red de médicos y hospitales pero, usted puede atenderse con proveedores que no pertenecen a la red por un costo más alto.	No. Usted generalmente debe atenderse con médicos y en hospital de la red del plan (excepto en casos de emergencia o cuidado urgente). Si el plan ofrece una opción de Punto-de-Servicio, puede atenderse fuera de la red pero pagará más.
¿Debo ver a mi médico de cabecera para obtener un referido para atenderme con un especialista?	En la mayoría de los casos no.	Sí, en la mayoría de los casos. Las excepciones incluyen las mamografías anuales y los exámenes pélvico y Papanicolau (por lo menos una vez al año y con médicos de la red).
¿Qué más debo averiguar sobre este tipo de plan?	Usted puede obtener más beneficios por un costo adicional.	<ul style="list-style-type: none"> • Si su médico se retira del plan, le avisarán. Usted entonces podrá elegir otro médico del plan. • Si se atiende con proveedores fuera de la red, quizá deba pagar por el total del servicio. • Es importante que siga las normas del plan, como solicitar una autorización previa cuando sea necesaria. • Usted puede obtener más beneficios por un costo adicional.

Los Planes Medicare Advantage pueden variar. Lea los documentos del plan atentamente para asegurarse de cumplir con las normas del plan.

(continúa) →

Sus Opciones de Planes

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

(continúa) →

Plan Privado de Pago–por–Servicio	Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)
A veces, si sus Planes PFFS no ofrece la cobertura de recetas médicas, usted puede inscribirse en un Plan de Recetas Médicas de Medicare.	No. Usted puede inscribirse en un Plan de Recetas Médicas de Medicare.
No.	No.
Sí, en la mayoría de los casos. Usted puede atenderse con cualquier médico u hospital aprobado por Medicare si antes de atenderlo aceptan los términos y condiciones de pago del plan. No todos los proveedores lo aceptan.	Sí. Algunos planes tienen una red de médicos y hospitales para atenderse por un costo más bajo.
No.	No.
<ul style="list-style-type: none"> • Los Planes PFFS no son lo mismo que el Plan Original de Medicare y tienen normas distintas a los otros Planes Medicare Advantage. • Los Planes PFFS son ofrecidos por compañías privadas y son ellas en vez de Medicare, las que deciden cuánto pagará el plan y cuánto pagará usted por los servicios. • Usted puede obtener más beneficios por un costo adicional. • Antes de inscribirse en un Plan PFFS, asegúrese de buscar médicos, proveedores y hospitales que se comuniquen con el plan para obtener información sobre pagos y que acepten los términos de pago del plan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los Planes MSA tiene dos partes: un plan de salud con deducible alto y una cuenta de ahorros. Medicare le entrega al plan una cantidad anual para su atención médica, y el plan deposita una parte de ese dinero en su cuenta. • Usted puede usar ese dinero para sus gastos de salud. Cuando use el dinero de su cuenta para los servicios cubiertos por las Partes A y B, ese dinero se tiene en cuenta para el pago del deducible. Una vez pagado el deducible, el plan pagará por los servicios cubiertos por Medicare. • Todo dinero que quede en su cuenta al final del año se agregará al nuevo depósito anual.

Antes de obtener el servicio, usted debe comunicarse con su plan para averiguar si está cubierto y cuánto cuesta.

(continúa) →

Sus Opciones de Planes

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

Planes para Necesidades Especiales (SNP)	
¿Cubre las recetas médicas?	Sí. Todos los SNP deben ofrecer la cobertura de recetas médicas. Los formularios deben estar diseñados para cubrir medicamentos que sus miembros necesitan más.
¿Debo escoger un médico de cuidado primario?	Sí, en algunos casos o puede que necesite un coordinador de beneficios para ayudarle a desarrollar sus planes personalizados y coordinar su atención.
¿Puedo atenderme con cualquier médico o en cualquier hospital?	Sí, por lo general debe obtener sus servicios de médicos y hospitales de la red del plan (excepto en casos de emergencia o cuidado urgente). Los planes tienen especialistas para los problemas médicos y condiciones que afectan a sus miembros.
¿Debo ver a mi médico de cabecera para obtener un referido para atenderme con un especialista?	Sí, en la mayoría de los casos. Para las mamografías anuales y los exámenes pélvicos y Papanicolau (por lo menos una vez al año y con médicos de la red) no se necesita un referido.
¿Qué más debo averiguar sobre este tipo de plan?	<ul style="list-style-type: none"> • Los SNP atienden a los beneficiarios que: 1) viven en ciertas instituciones (como un asilo de ancianos), 2) son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid, o 3) padecen de problemas crónicos específicos (como diabetes, insuficiencia cardíaca, problemas mentales o VIH/SIDA). • El plan puede limitar sus miembros a quienes pertenezcan a uno de esos grupos o aun más, limitarlos dentro de los grupos. También pueden inscribir a otras personas. • Los planes administran los servicios y proveedores que le ayuden a mantenerse saludable y a seguir las órdenes del médico. Por ejemplo, los SNP para diabéticos pueden usar un coordinador para monitorear el nivel de azúcar en su sangre, obtener los servicios preventivos que necesita y tomar los medicamentos apropiados para evitar complicaciones. Un plan para personas con Medicare y Medicaid puede ayudarle a obtener ayuda de la comunidad y coordinar su atención médica. • Si tiene Medicare y Medicaid, asegúrese que los médicos del plan y proveedores aceptan Medicaid. • Si vive en una institución (como un asilo de ancianos), asegúrese que los médicos del plan y proveedores atienden a pacientes donde usted vive. • Si deja de estar en las condiciones requeridas por el plan su cobertura será cancelada, por ejemplo si ya no es elegible para Medicaid o si deja el asilo de ancianos. Si cancelan su cobertura, regresará al Plan Original de Medicare y tendrá 3 meses para inscribirse en otro plan de salud o de recetas médicas.

Visite www.medicare.gov por Internet para localizar planes en su zona.

Sus Opciones de Planes

2

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

¿Puedo Inscribirme en un Plan de Medicare Advantage si Tengo Cobertura de mi Empleador o Sindicato?

En algunos casos, si tiene cobertura de un empleador o sindicato y se inscribe en un Plan Medicare Advantage puede que pierda su cobertura de empleador o sindicato. En otros casos, si se inscribe en un Plan Medicare Advantage y tiene cobertura de un empleador o sindicato puede seguir usando esta cobertura junto con la de su plan. Hable con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato sobre las normas que se aplican. **Recuerde, si deja su cobertura de empleador o sindicato tal vez no pueda recuperarla. Vea la página 69.**

¿Qué Ocurre si Cancelo mi Póliza Medigap al Inscribirme en un Plan Medicare Advantage?

En la mayoría de los casos, si cancela su [póliza Medigap](#), tal vez no pueda recuperarla. Sin embargo, si ésta es la primera vez que se inscribe en un Plan Medicare Advantage, en otro plan de salud de Medicare o en una póliza Medicare SELECT (una póliza Medigap que requiere que use ciertos hospitales y a veces médicos específicos para obtener todos los beneficios), podría tener protecciones especiales de Medigap. Las mismas le otorgan el derecho a recuperar su póliza Medigap anterior o una nueva si decide abandonar su Plan Medicare Advantage durante el primer año. En cualquiera de los dos casos, la póliza Medigap no podrá incluir la cobertura de las recetas médicas. Sin embargo, podrá inscribirse en un [Plan de Medicare de Recetas Médicas](#) si se inscribe en un Plan Medicare Advantage y se retira en el primer año. Pregunte al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud \(SHIP\)](#) si su estado ofrece otros derechos de compra de pólizas Medigap. Vea las páginas 98–101 para obtener el número de teléfono.

Sus Opciones de Planes

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

Normas Especiales para Quienes Padecen de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés)

Si usted padece de ESRD (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón) y está inscrito en el Plan Original de Medicare, puede inscribirse en un Plan de Medicare de Recetas Médicas pero, por lo general, no puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage. Sin embargo, si ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage, en ciertas circunstancias puede quedarse o inscribirse en otro plan ofrecido por la misma compañía. Además, si está inscrito en un plan de salud (por ejemplo de su antiguo empleador o sindicato) ofrecido por la misma compañía que ofrece uno o más Planes Medicare Advantage, podrá inscribirse en un Plan Medicare Advantage ofrecido por dicha compañía. Si le han hecho un trasplante de riñón exitoso, tal vez pueda inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Si padece de ESRD y está en un Plan Medicare Advantage y el mismo abandona Medicare o ya no brinda cobertura en su área, usted tiene el derecho por única vez a inscribirse en otro Plan Medicare Advantage. No tiene que usar este derecho inmediatamente. Si cambia directamente al Plan Original de Medicare después de que su plan abandone Medicare o deje de brindar cobertura, igual tendrá por única vez el derecho a inscribirse en un Plan Medicare Advantage en una fecha posterior siempre que el plan acepte miembros nuevos.

También podrá inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales para aquellos beneficiarios con ESRD, si hubiese uno disponible en su zona.

Para más información sobre ESRD, visite www.medicare.gov en “Herramientas de Búsqueda”, seleccione “Buscar una Publicación de Medicare” y busque la publicación “La Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón”.

Para localizar centros de diálisis, visite www.medicare.gov, en “Herramientas de Búsqueda” y seleccione “Compare Centros de Diálisis en su Area”.

Sus Opciones de Planes

Si Está Inscrito en un Plan Medicare Advantage, los Gastos Directos de su Bolsillo Dependerán de:

- Si el plan le cobra una prima mensual además de la prima que paga por la Parte B. Para averiguar la prima de la Parte B, vea la página 110. Los Planes Medicare Advantage le cobran una prima combinada por los beneficios de las Partes A y B, por la cobertura de las recetas médicas (si es que la ofrecen) y por los beneficios adicionales (si los ofrecen).
 - Si el plan paga parte o toda la prima de la Parte B
 - Si el plan cobra un **deducible** anual o cualquier deducible adicional por algunos servicios
 - La cantidad que pague por cada visita o servicio
 - El tipo de servicio y la frecuencia con la que lo necesita
 - Si sigue las normas del plan
 - Los beneficios adicionales que necesite y cuanto le cobre por ellos
- Para averiguar más sobre los costos de cada Plan Medicare Advantage, visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Ahorre en su Prima de la Parte B de Medicare

Hay dos maneras de ahorrar en el pago de la prima de la Parte B:

- Unos pocos Planes Medicare Advantage pueden pagar toda o parte de la prima de la Parte B de Medicare. Usted sigue recibiendo todos los servicios cubiertos por las Partes A y B.
- También puede llamar la Oficina Estatal de Asistencia Médica (**Medicaid**) para averiguar si puede obtener ayuda para pagar por la prima de la Parte B. Vea la página 80.

Ahorre en la Prima de su Cobertura de Recetas Médicas

La prima de su Plan Medicare Advantage puede incluir la prima de la Parte D (cobertura de recetas médicas). Algunos Planes Medicare Advantage pueden pagar toda o parte de la prima de la cobertura de medicamentos recetados. Lea atentamente los documentos del plan para averiguar si el Plan Medicare Advantage ofrece esta ayuda. Los planes deciden cada año si reducirán parte o toda la prima de la cobertura de recetas médicas.

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda obtener la ayuda adicional para pagar por los costos de cobertura de sus medicamentos recetados. Vea las páginas 76–78.

Sus Opciones de Planes

¿Cuándo Puede Inscribirse, Cambiarse, o Cancelar su Plan Medicare Advantage?

Usted puede inscribirse, cambiarse, o cancelar su Plan Medicare Advantage:

- Cuando sea elegible para Medicare por primera vez (3 meses antes a 3 meses después de cumplir 65 años).
- Si obtiene Medicare debido a una incapacidad, puede inscribirse tres meses antes a tres después del mes número 25 de sus beneficios por incapacidad.
- Del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.
- Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Sin embargo, usted no puede agregar o cambiar a un plan de medicamentos recetados durante este período a menos que ya tenga la cobertura Medicare de recetas médicas.

En ciertas situaciones, usted puede inscribirse, cambiar, o cancelar su Plan Medicare Advantage en otros momentos (por ejemplo si se muda fuera del [área de servicio](#) del plan, si tiene tanto Medicare como [Medicaid](#) o si vive en un centro como un asilo de ancianos).

¿Qué Ocurre si Su Plan Medicare Advantage se Retira del Programa Medicare?

Si su plan se retira del Programa Medicare, le enviarán una carta indicándole cuáles son sus opciones. Generalmente, usted regresará automáticamente al Plan Original de Medicare si es que no escoge inscribirse en otro Plan Medicare Advantage. También tendrá derecho a comprar una póliza Medigap. Vea las páginas 72–74.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Sus Opciones de Planes

2

Planes Medicare Advantage

¿Cómo me inscribo en un Plan Medicare Advantage?

Una vez que haya escogido un plan puede inscribirse llenando una solicitud, llamando al plan o por Internet. Llame al plan para averiguar cómo inscribirse. Cuando se inscriba le pedirán su número de Medicare y la fecha de inicio de la cobertura de la Parte A y de la Parte B (que aparece en su tarjeta de Medicare).

¿Cómo Cambio mi Plan Medicare Advantage?

Si ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage y desea cambiar de plan durante los períodos mencionados en la página 48, siga estas instrucciones:

- Si desea cambiar de un Plan Medicare Advantage al Plan Original de Medicare, debe comunicarse con su plan o llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Si desea cambiar de un Plan Medicare Advantage a otro, simplemente inscribese en el nuevo plan que ha escogido durante uno de los períodos mencionados en la página 48. Usted será retirado automáticamente del antiguo plan cuando empiece la cobertura del nuevo.



Nadie puede llamar a su hogar sin que usted lo haya solicitado, para venderle cualquier producto cubierto por Medicare. Vea la página 91 si desea más información sobre cómo protegerse del fraude y del robo de identidad.

Si piensa que su plan le ha proporcionado información engañosa o confusa, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sus Opciones de Planes

▶ Otros Planes de Salud de Medicare

Algunos beneficiarios que tienen o son elegibles para Medicare obtienen su cobertura de otro tipo de planes de salud Medicare, o de seguros privados o gubernamentales.

Algunos tipos de planes de Medicare que brindan cobertura médica no son Planes Medicare Advantage, pero siguen siendo parte del Programa Medicare. Estos planes ofrecen la cobertura de las Partes A (Seguro de Hospital) y B (Seguro Médico), y algunos también la Parte D (cobertura de recetas médicas). Estos planes funcionan de un modo similar y con algunas de las mismas normas que los Planes Medicare Advantage. Algunas de estas normas se explican brevemente a continuación y en la página 51. Sin embargo, cada tipo de plan tiene sus normas especiales y excepciones, de manera que si desea información detallada debe comunicarse con el plan que le interesa.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Planes de Costo de Medicare

Los **Planes de Costo de Medicare** son un tipo de plan disponible en ciertas zonas del país. Estos planes funcionan de la manera siguiente:

- Usted puede inscribirse en uno de ellos aun si sólo tiene la Parte B.
- Si se atiende con un proveedor que no pertenece a la red del plan, el servicio será cubierto por el Plan Original de Medicare. Usted debe pagar la prima de la Parte B y los **deducibles** y **coseguro** de las Partes A y B.
- Puede inscribirse en uno de estos planes en cualquier momento en que esté aceptando nuevos miembros.
- Usted puede cancelar este plan en cualquier momento y regresar al **Plan Original de Medicare**.
- Usted puede obtener su cobertura de recetas médicas del plan (si la ofrece) o inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare para agregar esta cobertura.

Si desea más información sobre los Planes de Costo de Medicare, llame al plan. También puede consultar www.medicare.gov, o llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El número está listado en las páginas 98–101.

Sus Opciones de Planes

2

Otros Planes de Salud de Medicare (continuación) Programas Piloto

Los programas piloto son proyectos especiales para probar futuras mejoras en la cobertura, costos y calidad de los servicios de Medicare. Los programas piloto generalmente son para un grupo específico de gente y/o se ofrecen sólo en áreas específicas. Si desea más información sobre cómo funcionan llame al programa piloto.

Actualmente, el programa piloto de Medicare es para los beneficiarios con una o más enfermedades crónicas. Está diseñado para reducir los riesgos y mejorar la calidad de vida de los pacientes y proporcionar ahorros.

Para informarse sobre los programas piloto actuales, visite www.medicare.gov en Internet o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)

Los planes PACE combinan los servicios médicos, sociales y de [cuidado a largo plazo](#) para personas delicadas de salud que viven y obtienen su atención médica en la comunidad. PACE es una opción combinada de Medicare y [Medicaid](#) ofrecida en los estados que la ofrezcan como un beneficio opcional de Medicaid. Si desea información sobre PACE, vea la página 82.

Sus Opciones de Planes

▶ **La Cobertura de Medicare de Recetas Médicas (Parte D)**

La cobertura de recetas médicas está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. A la misma se le llama “Parte D”. Esta cobertura puede ayudar a protegerlo contra el aumento de los precios de sus medicamentos en el futuro y permitirle obtener medicamentos que lo mantengan física y mentalmente saludable. Para obtener esta cobertura debe inscribirse en un Plan de Recetas Médicas de Medicare. Estos planes los ofrecen las compañías de seguro y otras privadas aprobadas por Medicare. Cada plan varía en cuanto a los costos y a los medicamentos que cubre.

Hay dos maneras de obtener la cobertura de medicamentos recetados.

- 1) **Inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas.** (a veces conocido como “PDP”), que agregue esta cobertura al Plan Original de Medicare, a algunos de los Planes de Costo de Medicare, algunos Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS) y a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA).
- 2) **Inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare que incluya como parte del plan, la cobertura de recetas médicas.** Usted recibirá todos los beneficios de Medicare (Partes A y B) y la cobertura de medicamentos (Parte D) a través del plan. A veces a estos planes se les conoce como “MA-PD”.

En esta sección a ambos tipos de planes se les llamará “planes de recetas médicas”. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados, por lo general pagará una prima mensual separada además de la prima de la Parte B. Para averiguar sobre cómo pagar las primas consulte la página 66.

Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los Planes Medicare de Recetas Médicas en su zona. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Sus Opciones de Planes

2

¿Cómo Funciona la Cobertura de Recetas Médicas?

Una vez que se haya inscrito en el plan de recetas médicas que ha escogido, recibirá los documentos del plan y la tarjeta de miembro que usará para comprar sus medicamentos. Cuando use la tarjeta, pagará un **copago**, **coseguro**, y/o **deducible** si lo hubiera. Para más información sobre cómo funcionan estos planes y algunas normas importantes, consulte las páginas 62–65.

La Inscripción en un Plan de Recetas Médicas de Medicare

La inscripción en uno de estos planes cuando es elegible por primera vez, significa que no tendrá que pagar la penalidad por inscripción tardía. Cada año (del 15 de noviembre al 31 de diciembre), usted puede cambiar de plan si su cobertura cambia o si cambian sus necesidades. Cuando se inscribe o cambia de plan de recetas médicas, su cobertura comenzará generalmente el 1 de enero del año siguiente. **Consulte la página 58 para obtener información importante sobre la penalidad por inscripción tardía.**

¿Quién Puede Obtener la Cobertura de Recetas Médicas?

Todo beneficiario de Medicare puede obtener esta cobertura.



Si tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda obtener la ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus medicamentos. Consulte las páginas 76–78. También podría obtener ayuda de su estado. Consulte las páginas 79–80.

Aviso: El plan de recetas médicas de Medicare en el que se inscriba, compartirá su información personal a Medicare y otros planes cuando sea necesario para el tratamiento, pago o el cuidado de su salud. Medicare puede compartir su información personal para trabajos de investigación u otros propósitos. Para averiguar más sobre cómo usa Medicare su información personal, consulte las páginas 89–90.

Para su protección, sólo proporcione su información personal a los médicos u otros proveedores de la salud y planes aprobados por Medicare, y aquellas **instituciones** de su comunidad que trabajan con Medicare como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) o el Seguro Social.

Sus Opciones de Planes

Lo que Debe Tener en Cuenta al Comparar los Planes

- **Cobertura: Fíjese si el plan cubre sus medicamentos.** Los planes de recetas médicas tienen una lista de medicamentos cubiertos ([formulario](#)) que debe cumplir con los requisitos de Medicare. Aun si su medicamento no está en el formulario del plan, puede haber normas especiales para obtener el medicamento. Consulte las páginas 63–65. El formulario puede cambiar durante el año porque las terapias con medicamentos cambian, y aparecen nuevos tratamientos y medicamentos. Si el cambio afecta a sus medicamentos, el plan se lo notificará por los menos 60 días antes de hacer el cambio en el formulario. Tal vez tenga que cambiar el medicamento que usa o pagarlo más caro. En algunos casos, podrá continuar con dicho medicamento hasta el final del año. También puede solicitar una [excepción](#) o apelar. Vea la página 87.
- **Costo: Fíjese cuánto cuestan los medicamentos en cada plan.** Si actualmente tiene cobertura de recetas médicas, compare sus costos actuales con los del plan que está considerando. Las primas mensuales, [deducible](#), y su parte del costo de los medicamentos recetados ([coseguro](#) y [copagos](#)) variarán de acuerdo al plan y al medicamento. Tal vez pueda escoger un plan que no le cobre una prima mensual, un deducible anual o que no tenga una interrupción en la cobertura. Vea la página 56.
- **Conveniencia: Asegúrese que las farmacias del plan que escoge sean las que usted usa.** Algunos planes le permitirán ordenar sus medicamentos por correo. Si pasa parte del año en otro estado, vea si el plan le ofrece cobertura en ese estado.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Obtenga Ayuda Personalizada Para Comparar los Planes

- Visite www.medicare.gov, en “Herramientas de Búsqueda”, seleccione “Compare los Planes Medicare para Recetas Médicas”.
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (encontrará el número de teléfono en las páginas 98–101).

Tenga su tarjeta Medicare preparada, así como la lista de sus medicamentos, la dosis y el nombre de la farmacia que usa.

Sus Opciones de Planes

2

Cómo Comparar los Planes de Recetas Médicas de Medicare

Cada plan es diferente. Cuando escoge un plan de recetas médicas por primera vez, o se cambia de plan, debe comparar los planes disponibles en su zona. Escoja uno que satisfaga sus necesidades teniendo en cuenta la cobertura, los costos y la conveniencia. Si Medicare lo ha inscrito en un plan automáticamente, puede cambiarse a otro plan que responda mejor a sus necesidades. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los [Planes de Medicare de Recetas Médicas](#) en su zona. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Cuánto Cuesta la Cobertura de Recetas Médicas?

Sus costos variarán según el plan que escoja, los medicamentos que necesite y si recibe la ayuda adicional para pagar los costos de la Parte D. La misma cobertura y los costos varían de acuerdo al plan pero todos deben brindar al menos el nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. **Fíjese en los cuadros que comienzan en la página 111 para averiguar los costos. Luego llame al plan que le interesa para obtener más información.**

Los costos de su plan de recetas médicas son:

- **Prima mensual**—La mayoría de los planes de medicamentos recetados cobra una prima mensual que varía de acuerdo al plan y que usted deberá pagar además del pago de la prima de la Parte B. Otros no cobran una prima.
- **Deducible anual**—Es la cantidad que usted paga por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. Algunos planes no cobran deducible.
- **Copagos o coseguro**—Las cantidades que usted paga por sus medicamentos después de haber pagado el deducible. Usted paga una parte y el plan la otra parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos.

Si está inscrito en un [Plan Medicare Advantage](#) (como un [HMO](#) o [PPO](#)) o en un [Plan de Costo de Medicare](#) que ofrece cobertura de medicinas recetadas, la prima mensual que pague incluye una cantidad para la cobertura de recetas médicas.

Sus Opciones de Planes

¿Cuánto Cuesta la Cobertura de Recetas Médicas? (continuación)

■ **Interrupción en la Cobertura/Período sin Cobertura**—La mayoría de los planes de recetas médicas de Medicare tiene un “período sin cobertura”. Esto significa que una vez que usted haya gastado cierta cantidad de dinero en medicamentos cubiertos (la cantidad varía para cada plan), usted tendrá que pagar todos los costos de sus medicamentos mientras está en el “período sin cobertura”. Una vez que haya alcanzado el gasto límite de su bolsillo, tendrá la llamada “cobertura catastrófica” (vea abajo).

Usted tiene que seguir pagando la prima mensual de la Parte B aun durante la interrupción de cobertura.

Cada estado ofrece por lo menos un plan que paga algún costo durante la interrupción en la cobertura. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta:

- Los planes que pagan durante la “interrupción de cobertura” puede cobrarle una prima más alta.
- Algunos planes sólo tienen “interrupción en la cobertura” para los medicamentos de marca y cubren los medicamentos genéricos durante ese período.
- Aun si el plan ofrece pagar durante la “interrupción de cobertura”, puede que no cubra todos los medicamentos. Pregunte al plan si sus medicamentos estarán cubiertos durante la “interrupción de cobertura”.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Aviso: Si obtiene la ayuda adicional para pagar por su cobertura de recetas médicas, no tendrá un “período sin cobertura”. Sin embargo, tendrá que pagar un **copago** o **coseguro** pequeño.

■ **Cobertura catastrófica**—Los Planes Medicare para Recetas Médicas brindan una cobertura especial si sus gastos de medicamentos son muy elevados. A esto se le conoce como “cobertura catastrófica”. Esta cobertura le garantiza que una vez que haya pagado un máximo de \$4,050* (en el 2008) por los medicamentos cubiertos, sólo tendrá que pagar el coseguro (por ejemplo el 5% del costo de cada medicamento) o un copago (como \$2.25 o \$5.60 por cada medicamento), por el resto del año.

* Esta cantidad varía con cada plan. **Comuníquese con el plan que le interesa para obtener información específica sobre costos.**

Sus Opciones de Planes

¿Cuándo Puede Inscribirse, Cambiar o Cancelar un Plan Medicare para Recetas Médicas?

Usted sólo puede inscribirse, cambiar o cancelar el plan:

- Cuando es elegible para Medicare por primera vez (3 meses antes a 3 meses después de cumplir 65 años).
- Si obtiene Medicare debido a una incapacidad, podrá inscribirse en un plan de recetas médicas 3 meses antes a 3 meses después del mes 25 de sus beneficios por incapacidad en efectivo.
- Del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.
- En cualquier momento si reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional. Esto incluye a los beneficiarios que tiene Medicare y [Medicaid](#), a los que pertenecen a un Programa de Ahorros de Medicare, a los que reciben la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (pero no reciben los beneficios de Medicaid), y a los que la han solicitado y la obtuvieron. Si desea más información sobre la ayuda adicional, consulte las páginas 76–78.

En ciertos casos, tal vez pueda inscribirse, cambiar, o cancelar un plan en otros momentos (por ejemplo si se muda fuera del [área de servicio](#) del plan o si se muda a una [institución](#)).

¿Cómo me Inscribo en un Plan Medicare de Recetas Médicas?

Una vez que haya escogido un plan puede inscribirse llenando una solicitud, llamando al plan o por Internet. Los planes de recetas médicas no están autorizados a llamarlo para que se inscriba. Llame al plan para averiguar cómo inscribirse. Cuando se inscriba le pedirán su número de Medicare y la fecha de inicio de la cobertura de la Parte A y de la Parte B (que aparece en su tarjeta de Medicare).

¿Cómo Cambio de Plan de Recetas Médicas?

Según la circunstancias, usted puede cambiarse a un nuevo plan de medicamentos simplemente inscribiéndose en otro plan durante uno de los períodos mencionados anteriormente. Usted no necesita comunicarle a su antiguo plan que está cambiando de plan. Su cobertura será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura del plan nuevo. Su nuevo plan le enviará una carta avisándole cuándo se inicia la cobertura.

Sus Opciones de Planes

¿En qué Consiste la Penalidad por Inscripción Tardía?

Si no se inscribe en un Plan de Medicare de Recetas Médicas cuando es elegible por primera vez para las Partes A y/o B de Medicare y no tiene cobertura válida/acreditable por 63 días seguidos o más, si decide inscribirse en el futuro, tendrá que pagar una penalidad por inscripción tardía.

La cantidad de la penalidad cambia cada año, y usted tendrá que pagar esta penalidad por todo el tiempo que tenga la cobertura de recetas médicas.

Si es elegible para recibir la ayuda adicional, puede que no tenga que pagar la penalidad por inscripción tardía, o quizá reciba ayuda para pagar la penalidad. Vea las páginas 76–78.

¿Cuánto me Costará la Penalidad?

La penalidad se calcula cuando usted se inscribe en el plan. Para calcular su penalidad, multiplique el 1% de la prima promedio nacional* ($\$27.93 \times 1\% = \$.28$ en el 2008), por el número de meses completos en que fue elegible para inscribirse en un plan de recetas médicas y no lo hizo. Esta cantidad debe redondearse. La cantidad será agregada a la prima mensual que paga por el plan, por el tiempo en que esté inscrito en el plan.

Si necesita ayuda para calcular la penalidad, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (encontrará el número de teléfono en las páginas 98–101).

*La cantidad de la prima promedio nacional puede cambiar cada año.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Sus Opciones de Planes

2

¿Qué Ocurre si Tengo la Cobertura Completa del Programa Medicaid de mi Estado y soy Elegible para Medicare?

- Medicare lo inscribirá automáticamente en un plan de recetas médicas si usted no lo ha hecho. Medicare en vez de Medicaid será quien le brinde esta cobertura.
- En la mayoría de los casos, usted pagará de su bolsillo \$0–\$5.15 por cada receta cubierta.
- Los medicamentos cubiertos variarán de acuerdo al plan.
- Usted puede cambiar de plan en cualquier momento. Puede comparar los planes que se ofrecen en su zona y escoger el que se adapte mejor a sus necesidades de medicamentos.
- Medicaid continuará pagando por los servicios que Medicare no cubre. Para ciertos medicamentos, puede que Medicaid se agregue a la cobertura de recetas médicas.
- Si vive en ciertas instituciones (como un asilo de ancianos o un hospital para cuidado a largo plazo), no pagará por sus medicamentos recetados.

Llame al Programa Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para obtener más información. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de la oficina de Medicaid de su estado. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué Ocurre si Recibo Ciertos Beneficios o Ayuda para Pagar por los Costos de mis Medicamentos Recetados, y Medicare me Inscribe Automáticamente en un Plan de Recetas Médicas?

Si tiene otra cobertura de medicamentos que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare (cobertura acreditable de recetas médicas), tal vez no le convenga quedarse en el plan en el que fue inscrito por Medicare. Si no desea quedarse con ese plan, o si quiere que Medicare lo inscriba en otro plan, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. Dígalos que quiere salirse del plan (o rechazar la inscripción automática).

Sus Opciones de Planes

¿Qué Ocurre si Tengo la Cobertura de mis Recetas Médicas de TRICARE, del Departamento de Asuntos para Veteranos (VA) o del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHBP)?

- La mayoría de las personas se quedan con las cobertura de TRICARE, VA, o FEHBP mientras sean elegibles.
- Comuníquese con el administrador de beneficios o su aseguradora para obtener información sobre la cobertura de TRICARE, VA, o FEHBP antes de hacer cualquier cambio. En la mayoría de los casos, será más ventajoso que se quede con su cobertura actual. Sin embargo, en algunos casos, si agrega la cobertura de recetas médicas de Medicare, podría obtener más cobertura y ahorros, especialmente si reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional.
- Si pierde su cobertura de TRICARE, VA, o FEHBP, y se inscribe en un Plan de Medicare de Recetas Médicas, y su cobertura de recetas médicas se inicia dentro de los 63 días, en la mayoría de los casos, no tendrá que pagar la penalidad por inscripción tardía.

¿Qué Ocurre si tengo la Cobertura de mis Recetas Médicas del Servicio de Salud Indígena, una Organización de Salud Tribal o Tribu o del Programa Urbano de Servicios de Salud para Indígenas?

- Usted y su comunidad pueden beneficiarse si se inscribe en un plan de recetas médicas. Pregunte a su médico o al coordinador de beneficios si esta es una buena opción para usted. Si lo fuera, pueden ayudarle a escoger un plan.
- Si compra sus medicamentos en una farmacia de salud para indígenas, no paga nada y no habrá interrupción de cobertura. Si se inscribe en un plan de recetas médicas podría ser beneficioso para su proveedor de servicios para indígenas, porque el plan paga parte del costo de los medicamentos recetados. Esto le ayuda al proveedor con los costos de los servicios.
- Si tiene la cobertura completa de **Medicaid** y vive en un asilo de ancianos, no paga por los medicamentos cubiertos por Medicare. Si desea información sobre cómo inscribirse en un plan, consulte con su proveedor de servicios de salud para indígenas o con el coordinador de beneficios de su farmacia de servicios para indígenas.
- Si recibe atención médica del Servicio de Salud Indígena, una Organización de Salud Tribal o Tribu o del Programa Urbano de Servicios de Salud para Indígenas, tiene **cobertura válida/acreditable** de medicamentos. Usted no tendrá que pagar la penalidad por inscripción tardía en un plan de recetas médicas de Medicare. Pídale a su proveedor de servicios de salud para indígenas que le entregue una carta en la que indique que usted tiene cobertura válida.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Sus Opciones de Planes

2

¿Qué Pasa si Tengo Cobertura de Recetas Médicas de mi Empleador o Sindicato Actual o Anterior (o de mi Cónyuge)?

En algunos casos, si se inscribe en un plan de recetas médicas, tanto usted como su cónyuge y dependientes podrían perder la cobertura de empleador o sindicato. En otros casos, si se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare y también tiene la cobertura de empleador o sindicato, puede usar ambos planes. Hable con el administrador de beneficios sobre las normas que se aplican.

Su empleador o sindicato debe decirle como se compara su cobertura actual con la cobertura básica de medicamentos de Medicare. Tal vez reciba esta información en una carta, en un aviso del plan o en el manual del plan. Utilice dicha información para decidir si le conviene inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare. **Guarde los avisos que reciba. Tal vez deba usarlos como prueba de que tiene cobertura acreditable de medicamentos si más tarde decide inscribirse en un plan de recetas médicas.** Si no recibe dicha información, comuníquese con su administrador de beneficios.

Si el empleador o sindicato deja de ofrecer la cobertura acreditable de recetas médicas, no tendrá que pagar la penalidad por inscripción tardía si se inscribe en un Plan de Medicare de Recetas Médicas y la cobertura comienza antes que pase 63 días sin cobertura. Si la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato no es tan buena como la cobertura básica de recetas médicas de Medicare (no es cobertura acreditable), hable con el administrador de beneficios para averiguar cuáles son sus opciones.



Si cancela su cobertura de empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarla. Además es posible que no pueda cancelar la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato sin tener que cancelar también la cobertura de salud (médico y hospital). Si cancela su cobertura puede que tenga que cancelar también la de su cónyuge y dependientes.

Llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio.

Sus Opciones de Planes

Normas Importantes sobre la Cobertura de Recetas Médicas

Una vez se haya inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados, su cobertura generalmente comenzará el 1 de enero, o el primer día del mes siguiente a sus inscripción. Para aprovechar al máximo esta cobertura, hay ciertos datos que debe conocer. La información siguiente le ayudará con las preguntas que tenga cuando comience a usar su cobertura.

¿Qué Hago si Necesito Comprar mi Medicamento Recetado Antes de Recibir la Tarjeta del Plan de Recetas Médicas de Medicare?

Usted recibirá una carta indicando el recibo de su inscripción aproximadamente una semana después de inscribirse en el plan. La tarjeta del plan le llegará de 3 a 5 semanas después. Si necesita comprar un medicamento antes de que llegue su tarjeta, puede llevar a la farmacia cualquiera de estos comprobantes:

- Una carta de confirmación del plan
- Una carta de bienvenida del plan
- Un número de confirmación que recibió de su plan y el nombre y número de teléfono del plan

También debe llevar su tarjeta de Medicare y/o de **Medicaid** y una identificación con fotografía. Si no tiene ninguno de los comprobantes mencionados, y el farmacéutico no tiene forma de comprobar la información, tal vez tenga que pagar la receta de su bolsillo. Si lo hace, guarde los recibos y comuníquese con su plan para que le reembolsen el pago.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.



Inscríbase a principio de mes. Así le dará tiempo al plan para que le envíe por correo todos los documentos, tales como su tarjeta de miembro, una carta de confirmación y el paquete de bienvenida antes que empiece su cobertura. De este modo, aun si va a la farmacia el primer día de cobertura, podrá obtener sus medicamentos sin retraso.

Sus Opciones de Planes

2

Normas Importantes sobre la Cobertura de Recetas Médicas (continuación)

Todos los Planes Medicare para Recetas Médicas deben por lo general cubrir por lo menos 2 medicamentos en cada categoría, pero los planes escogen cuáles son los medicamentos específicos que están cubiertos en cada categoría. Los planes deben cubrir casi todos los medicamentos en 6 clases que incluyen antidepresivos, anticonvulsivos, antipsicóticos, inmunosupresores, medicamentos para el cáncer y para el tratamiento de VIH/SIDA.

Hay ciertos medicamentos como los barbitúricos, benzodiazepinas, medicamentos para subir o bajar de peso y medicamentos para la disfunción eréctil que no deben estar cubiertos por ley. Los planes pueden decidir ofrecerlos como un beneficio adicional. Además, por lo general los planes no están autorizados a pagar por los medicamentos de venta libre. Algunos estados podrían pagar por ellos si usted recibe los beneficios de Medicaid.

Los planes también pueden excluir ciertos medicamentos de su cobertura. Si bien puede que su plan no tenga un medicamento específico en su lista ([formulario](#)) de medicinas cubiertas, debe tener un medicamento similar en cuanto a la seguridad y eficacia. Tal vez lo tenga como medicamento genérico o como un medicamento de otra marca, que brinde el mismo beneficio que el medicamento que no está en el formulario. Todos los planes deben tener un proceso para que usted les solicite que cubra un medicamento que necesita y que no está en el formulario del plan. Vea la página 87. Ellos pueden o no pagar por dicho medicamento.



La información específica sobre el formulario no se incluye en este manual debido a que cada plan tiene su propio formulario. Los mismos pueden cambiar. Llame a su plan para que le envíe el formulario actualizado. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener los teléfonos de los planes de su zona.

Los planes pueden tener normas de cobertura para asegurarse que ciertos medicamentos sean usados correctamente y sólo cuando sea necesario. Estas normas incluyen:

- Autorización previa—Antes que el plan cubra esos medicamentos, su médico debe llamar al plan y demostrarle que hay un motivo médico para que el plan cubra dicho medicamento.
- Límite de cantidad—Esto se refiere a la cantidad de píldoras que puede tomar a la vez.
- Terapia en etapas/pasos—Significa que antes que el medicamento de la terapia en etapas sea cubierto, usted debe probar uno o más medicamentos similares de menor costo (vea la página 64).

Sus Opciones de Planes

Normas Importantes sobre la Cobertura de Recetas Médicas (continuación)

Ejemplo de terapia en etapas/pasos

Paso 1—El Dr. Crespo desea recetar el inhibidor ACE para tratar la insuficiencia cardiaca del Sr. Montes. Hay más de un tipo de inhibidor ACE. Algunos de los medicamentos que piensa recetar son de marca de acuerdo al plan de recetas médicas del Sr. Montes.

El plan exige que el Dr. Crespo recete primero el medicamento genérico lisinopril. Para la mayoría de las personas lisinopril es tan eficaz como el medicamento de marca.

Paso 2—El Sr. Montes toma lisinopril pero tiene efectos secundarios adversos o su mejoría ha sido limitada, su médico le receta un medicamento de marca como Prinivil® o Zestril®. El plan de recetas médicas del Sr. Montes ahora cubrirá el medicamento de marca.

¿Qué Ocurre si Tomo un Medicamento Recetado que No Está en el Formulario de mi Plan Cuando mi Cobertura Entra en Vigencia?

Su plan le dará una sola vez un suministro para 30 días del medicamento que toma durante los primeros 90 días de su inscripción al plan. Se exige a los planes que le otorguen un suministro temporario de su medicamento para que el miembro nuevo y el médico tengan 30 días para buscar un medicamento del formulario que tenga el mismo resultado que el que el beneficiario estaba tomando. Puede que para las personas en [instituciones](#) (como un asilo de ancianos o un hospital de [cuidado a largo plazo](#)) se estipulen normas diferentes. Sin embargo, si usted ya intentó con ese medicamento similar y no funcionó, o si su médico considera que por su problema de salud sólo puede tomar un cierto medicamento, usted o su médico puede llamar al plan y pedir una [excepción](#) en cuanto usted reciba el suministro para 30 días. También puede solicitar una excepción si su médico cree que una de las normas de cobertura no debe aplicarse, por ejemplo la que se refiera a la dosis o al límite de cantidad. Si se aprueba la excepción solicitada por usted o su médico, el plan pagará por el medicamento. Si la excepción no es aprobada, usted puede [apelar](#) la decisión (vea las páginas 87–88).

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.



Por lo general, Medicare no cubre las medicinas que recibe como paciente ambulatorio en una sala de emergencia o unidad de observación. Su plan de recetas médicas de Medicare puede cubrir estos medicamentos bajo ciertas circunstancias. Puede que tenga que pagar de su bolsillo y someter una reclamación por estos medicamentos. Llame a su plan para más información.

Sus Opciones de Planes

Normas Importantes sobre la Cobertura de Recetas Médicas (continuación)

¿Cuáles son los “Niveles o Categorías” del **Formulario del Plan**?

Muchos planes de recetas médicas clasifican sus medicamentos por “niveles”. Los medicamentos de cada nivel tienen un precio diferente. **Algunos planes pueden tener más niveles que otros. A continuación le presentamos un ejemplo:**

Nivel	Usted Paga	Lo Que Está Cubierto
1	El copago más bajo	La mayoría de los medicamentos recetados genéricos
2	Copago mediano	*Medicamentos recetados de marcas preferidas
3	Un copago más alto	Medicamentos recetados de marcas no preferidas
Nivel Especial	El copago o coseguro más alto	Medicamentos especiales de muy alto costo

* Un medicamento recetado de marca preferida es un medicamento que el plan ha determinado que cuesta menos y es tan eficaz como los otros medicamentos.

En algunos casos, si su medicamento pertenece a un nivel más alto y su médico considera que usted necesita esa medicina en lugar de la que está en un nivel más bajo, puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que le cobre un copago más bajo. Vea la página 87.

¿Son los Medicamentos Genéricos tan Buenos Como los de Marca?

Sí. Según la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por su sigla en inglés), un medicamento genérico es igual al de marca en lo que respecta a la dosis, seguridad, potencia, calidad, el modo en que funciona, el modo en que se administra y el modo en que debe de ser usado. Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes activos que los de marca y funcionan de la misma manera. Por lo tanto, tienen los mismos riesgos y beneficios que los medicamentos de marca. Los fabricantes de medicamentos genéricos deben probarle a la FDA que su producto funciona del mismo modo que el de marca. Hoy en día, casi la mitad de todas las recetas médicas se venden bajo la forma genérica. En algunos casos, puede que no haya una alternativa genérica disponible para el medicamento de marca que usted toma. Hable con su médico.

Sus Opciones de Planes

¿Cómo Pago la Prima de mi Plan de Recetas Médicas de Medicare?

Hay varias maneras de pagar la prima del plan. De acuerdo al plan y a su situación, usted puede pagar la prima de cuatro maneras:

1. **Deducirla** de su cuenta de ahorro o cuenta corriente.
2. **Cargarla** a su tarjeta de débito o de crédito.
3. **Que le envíen una factura** directamente cada mes (algunos planes facturan por adelantado por la cobertura del mes siguiente).
4. **Puede pedir que le deduzcan el monto de la prima de su beneficio del Seguro Social.** Comuníquese con su plan o con el Seguro Social para averiguar sobre esta opción de pago. **Si escoge esta opción, se combinará el pago de la prima de los dos primeros meses.**

Ejemplo: La Sra. Torres paga una prima mensual de \$25 y su cobertura comienza en enero. Su primer pago se cobra en febrero y es por un total de \$50. Esta cantidad incluye el pago de la prima de enero y febrero. Después del mes de febrero, sólo le deducirán del cheque del Seguro Social el equivalente al pago de la prima de un solo mes \$25.

Si escoge esta opción y tiene otro seguro o beneficio, como un plan de empleador o el beneficio del Programa de Ayuda Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés), que paga parte de la prima de su plan de recetas médicas, el Seguro Social deducirá el monto total de la prima mensual. Su plan de recetas médicas deberá devolverle la cantidad que pagó su seguro de empleador o SPAP.

Ejemplo: El Sr. Moyano paga una prima mensual de \$20. Su SPAP o su seguro de empleador paga una parte de la prima (\$10).

- Si al Sr. Moyano le deducen del cheque del Seguro Social la cantidad total de la prima mensual (\$20). El plan de recetas médicas tendrá que enviarle al Sr. Moyano un reembolso equivalente a \$10 que es la parte que pagó su seguro de empleador o SPAP.
- Si el plan de recetas médicas envía una factura directamente al Sr. Moyano, él pagará su parte (\$10) al plan. Su SPAP o su seguro de empleador pagará la otra parte (\$10) directamente al plan.

Para más información sobre las primas de los planes de recetas médicas de Medicare o la manera de pagarlas, hable con su plan.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.



Si usted es un beneficiario de ingresos y recursos limitados, tal vez pueda obtener la ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus medicamentos. Consulte las páginas 76–78.

Sus Opciones de Planes

▶ Otros Seguros Gubernamentales

Programa de Beneficios Médicos para Empleados Federales (FEHBP por su sigla en inglés)

El FEHBP ofrece la cobertura de los servicios médicos a los empleados y jubilados federales y a sus familiares. Generalmente los planes del programa FEHBP ayudan a pagar el mismo tipo de expensas que Medicare. Los planes FEHBP también cubren los medicamentos recetados, los exámenes físicos de rutina, la atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y algunos servicios preventivos que Medicare no cubre. Algunos planes FEHBP también cubren los servicios dentales y de la vista. La cobertura de FEHBP de las recetas médicas es considerada como **cobertura válida** (lo que significa que es tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare). Sin embargo, usted también puede agregar la cobertura de recetas médicas de Medicare. Vea las páginas 52–66.

Si tiene preguntas, comuníquese con la Oficina de Administración de Personal Federal llamando al 1-888-767-6738 o con su plan.

Beneficios para Veteranos

Si es un veterano o ha prestado servicio en las fuerzas armadas de los EE.UU., llame al Departamento de Asuntos de Veteranos (VA por su sigla en inglés) al 1-800-827-1000, o visite www.va.gov para información sobre los beneficios para los veteranos y los servicios disponibles en su área. Tal vez pueda obtener la cobertura de recetas médicas del programa VA. Dicha cobertura es considerada como cobertura válida. Usted también puede agregar la cobertura de recetas médicas de Medicare. Vea las páginas 52–66.

Beneficios Militares (TRICARE)

TRICARE es un programa de atención médica para militares en servicio activo, militares jubilados, y sus familias. Las fuerzas militares son las que determinan su elegibilidad para TRICARE. La cobertura incluye:

- TRICARE for Life (TFL por su sigla en inglés)—cobertura médica para los beneficiarios de Medicare retirados de las fuerzas armadas, sus familiares elegibles y sobrevivientes, y ciertos excónyuges.
- TRICARE Prime—una opción de plan de atención administrado.
- TRICARE Standard—un plan de pago-por-servicio que le permite atenderse con cualquier proveedor de servicios de salud certificado/autorizado por TRICARE.
- TRICARE Extra—una opción para los beneficiarios de TRICARE Standard que desean ahorrar dinero en los gastos del bolsillo consultando a proveedores de servicios para la salud que pertenecen a la red de TRICARE (tales como médicos, enfermeras, servicios de laboratorio, etc.)

Sus Opciones de Planes

Otros Seguros Gubernamentales (continuación)

Beneficios Militares (TRICARE) (continuación)

Todos los beneficiarios de TRICARE son elegibles para los servicios farmacéuticos de TRICARE. La mayoría de ellos retienen estos beneficios farmacéuticos porque son considerados como “cobertura válida” de medicamentos recetados. Usted también puede agregar la cobertura de recetas médicas de Medicare. Vea las páginas 52–66.

Si usted tiene la Parte A de Medicare y TRICARE, debe obtener la Parte B para mantener los beneficios de TRICARE. Sin embargo, si es un militar en servicio o el cónyuge o dependiente de un militar en servicio activo, no tendrá que obtener la Parte B cuando sea elegible para la Parte B por primera vez. Vea la página 16.

En general, por los servicios cubiertos por ambos Medicare y TRICARE, Medicare es el pagador primario de los servicios cubiertos por Medicare y TRICARE es el pagador secundario de los servicios cubiertos por TRICARE. Por los servicios que sólo cubre Medicare, usted paga el **deducible**, **copago**, o **coseguro** y Medicare paga la parte que le corresponde. Por los servicios cubiertos sólo por TRICARE, usted paga el deducible de TRICARE y su parte del costo y TRICARE paga la otra parte. Llame al contratista que administra las reclamaciones de TRICARE al 1-866-773-0404 si desea más información o ayuda, o visite www.tricare.osd.mil por Internet.

Servicios Médicos para Indígenas

Si obtiene sus servicios de salud del Servicio Médico para Indígenas, un Programa Médico Tribal o un Programa Urbano de Salud para Indígenas, comuníquese con su proveedor local de servicios médicos para obtener información sobre cómo funciona Medicare con su sistema de atención médica. Si desea más información sobre la cobertura de sus recetas médicas, consulte la página 60.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Sus Opciones de Planes

2

▶ Otros Seguros Privados

Cobertura de Empleador o Sindicato

Llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato actual o antiguo o el de su cónyuge o de un miembro de su familia. Pregunte si usted tiene o puede conseguir cobertura para servicios de salud por el empleo actual o pasado. Cuando tiene cobertura de empleador o sindicato, esta cobertura es voluntaria. El empleador o sindicato por lo general tiene derecho a cambiar los beneficios y las primas o dejar de ofrecer dicha cobertura.

Si tiene cobertura de recetas médicas por su empleo actual o antiguo, su empleador o sindicato le informará cada año, cómo funcionará su plan de medicamentos con la cobertura de recetas médicas de Medicare.

Guarde esa carta. Tal vez la necesite como prueba de su cobertura válida de medicamentos recetados, si se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare más adelante. Para más información sobre la manera en que la cobertura de recetas médicas funciona con la de su empleador o sindicato, vea la página 61.



Si usted abandona la cobertura de salud de su empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarla. También es posible que no pueda dejar la cobertura de medicamentos recetados sin tener que dejar su cobertura de salud (médico y hospital). Si abandona su cobertura de empleador o sindicato también tendrá que dejar la de su cónyuge o dependiente.

Llame a su administrador de beneficios del empleador o sindicato antes de hacer cualquier cambio.

Sus Opciones de Planes

Otros Seguros Privados (continuación)

COBRA

COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985) es una ley que podría permitirle que mantenga su cobertura de salud de su empleador o el de su cónyuge, una vez que su empleo se haya terminado, o después de haber perdido su cobertura como dependiente de un empleado con cobertura. Si escoge COBRA cuando deja de estar empleado, debería inscribirse al mismo tiempo en la Parte B ya que no le otorgarán un Período Especial de Inscripción (vea la página 15) una vez que la cobertura de COBRA haya terminado. Usted tendrá que inscribirse en la Parte B durante este período de 8 meses que comienza el mes en que termina su empleo o su cobertura, lo que ocurra primero. Si no se inscribe en la Parte B durante este período de 8 meses, sólo podrá hacerlo durante el Período General de inscripción (vea la página 15), y tal vez tenga que pagar la penalidad por inscripción tardía.

La Parte D funciona de un modo diferente. Si la cobertura de recetas médicas acreditable de su empleador (incluyendo COBRA) termina, usted tendrá un Período Especial de Inscripción para inscribirse en un Plan de Medicare de Recetas Médicas sin tener que pagar una penalidad.

Hable con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para averiguar si COBRA es una buena opción para usted. El número de teléfono está listado en las páginas 98–101.

Seguro de Cuidado a Largo Plazo

La atención a largo plazo no está cubierta por Medicare. Tampoco reemplaza su cobertura Medicare. Es importante que piense cómo obtener y pagar su **cuidado a largo plazo** antes de que lo necesite. Usted, su familia, su abogado, asesor financiero y/o agente de seguros deben tener en cuenta su estado de salud, los riesgos, las finanzas, sus preferencias y su situación familiar antes de escoger una opción, porque estos factores también afectan sus costos y su cobertura.

Para más información sobre seguros de cuidado a largo plazo, visite www.medicare.gov, en “Herramientas de Búsqueda” y seleccione “Planifique para sus Necesidades de Cuidado a Largo Plazo”, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.longtermcare.gov por Internet.

Los empleados federales activos o retirados, los miembros de las fuerzas armadas activos o retirados y los familiares elegibles, pueden solicitar esta cobertura a través del Programa Federal de Seguro de Atención a Largo Plazo. Si tiene preguntas, llame a la oficina de Administración de Personal al 1-888-767-6738 o a su plan.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Sus Opciones de Planes

Cómo se Pagan sus Facturas si Usted Tiene Otro Seguro Médico

A veces, su otro seguro es el que paga primero y el Plan Original de Medicare o el Plan Medicare Advantage es el pagador secundario.

Otros de los seguros que pueden pagar primero son:

- Seguro de grupo de empleador o sindicato (cuando la cobertura está basada en su empleo **actual** o de un miembro de su familia)
 - Si tiene menos de 65 y está incapacitado, Medicare es el pagador secundario si su empleador tiene 100 o más empleados.
 - Si tiene más de 65 años y aun sigue trabajando, Medicare será el pagador secundario si su empleador tiene 20 o más empleados.
- Seguro de grupo de empleador o sindicato (tal y como se ha descrito arriba), independientemente de la cantidad de empleados o de que usted sea un empleado en actividad o ex empleado, por 30 meses si se ha inscrito en Medicare por padecer de ESRD
- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios para mineros (“pulmón negro”)
- Seguro de accidente de trabajo (“compensación al trabajador”)

Si usted tiene otro seguro, déle la información a su doctor, hospital, y farmacia para que sus cuentas sean pagadas correctamente. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita poner al día su otra información de seguro, llame al Contratista de Coordinación de Beneficios de Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-318-8782.



Si tiene otra cobertura médica que paga primero y se jubila o pierde dicha cobertura, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para que cambien la información en su archivo y pueden pagar sus facturas correctamente. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sus Opciones de Planes

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

El Plan Original de Medicare paga por muchos, pero no todos los servicios médicos y suministros. Para obtener ayuda con los gastos de su bolsillo, tal vez le convenga comprar una póliza Medigap vendida por una compañía de seguro privada.

Una póliza Medigap es un seguro de salud diseñado para complementar al Plan Original de Medicare. Lo que significa que ayuda a cubrir las faltas de cobertura del Plan Original de Medicare tales como **copagos**, **coseguro**, y **deducibles**. Algunas pólizas Medigap cubren otros beneficios por un costo adicional. Si usted está inscrito en el Plan Original de Medicare y tiene una póliza Medigap, ambos planes pagarán su parte de la **cantidad aprobada por Medicare** para los servicios médicos cubiertos. Medicare no paga ningún costo de la póliza Medigap.

Las pólizas Medigap sólo funcionan con el Plan Original de Medicare y no pueden usarse para pagar por los copagos y deducibles de los Planes Medicare Advantage. Deben obedecer las leyes federales y estatales promulgadas para protegerlo. Cada póliza Medigap debe indicar claramente que es un “Seguro Suplementario a Medicare”.

Las compañías de seguro sólo pueden venderle las pólizas Medigap “estandarizadas”. Las pólizas Medigap están identificadas por letras (Planes Medigap A – L) excepto en Massachussets, Minnesota, y Wisconsin, donde están estandarizadas de manera diferente. En algunos estados, quizá pueda comprar otro tipo de póliza Medigap llamada Medicare SELECT (una póliza Medigap con la que debe atenderse en hospitales específicos y en algunos casos, con médicos específicos para recibir los beneficios completos).

¿Qué Debo Saber si Deseo Comprar una Póliza Medigap?

Por lo general, cuando compra una póliza Medigap usted debe tener las Partes A y B de Medicare. Tendrá que seguir pagando la prima mensual por la Parte B (vea la página 110). Además, deberá pagar una prima a la compañía de seguro que le vendió la póliza Medigap. Las pólizas Medigap sólo cubren a una persona, si usted y su cónyuge desean la cobertura de Medigap, tendrán que comprar cada uno su póliza.

Cada póliza estandarizada debe ofrecer los mismos beneficios básicos, independientemente de la compañía que las venda. **Por lo general, la única diferencia entre las pólizas Medigap vendidas por distintas compañías de seguro es el costo.**

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Sus Opciones de Planes

2

Medigap

¿Qué Debo Saber si Deseo Comprar una Póliza Medigap? (continuación)

Es importante que compare las pólizas Medigap. Los beneficios son los mismos cualquiera sea la compañía que las venda, pero los costos pueden variar considerablemente y pueden aumentar a medida que envejece. Cada compañía de seguro decide cuál es la póliza que desea vender y el precio de cada póliza, a pesar de que el precio puede estar limitado por la ley estatal.

¿Cuándo es el Mejor Momento para Comprar una Póliza Medigap?

El mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el período abierto de inscripción a Medigap. En todos los estados, este período dura 6 meses y se inicia el primer día del mes en que usted cumpla con estos **dos** requisitos: tenga 65 años o más y esté inscrito en la Parte B de Medicare. Algunos estados pueden tener períodos de inscripción adicionales. Una vez que el período de inscripción ha comenzado, no puede cambiarse. Si desea más información sobre la compra de una póliza Medigap, llame al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud \(SHIP\)](#), el número de teléfono aparece listado en las páginas 98–101.

Las Pólizas Medigap y los Planes Medicare Advantage

Las pólizas Medigap sólo trabajan con el [Plan Original de Medicare](#). Si usted se inscribe en un [Plan Medicare Advantage](#) (como un HMO o PPO), generalmente no necesita (y no puede usar) una póliza Medigap. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage tal vez le convenga cancelar su póliza Medigap, pero antes de hacerlo le conviene hablar con su compañía de seguro Medigap. Si ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage, es ilegal que le vendan una póliza Medigap a menos que esté cambiando de plan y regrese al Plan Original de Medicare. Si desea información sobre lo que el Plan Medicare Advantage cubre, consulte las páginas 38–49.

¿Cubren las Pólizas Medigap los Medicamentos Recetados?

Las pólizas Medigap que se venden actualmente no pueden incluir la cobertura de las recetas médicas. Esto se debe a que ahora Medicare ofrece dicha cobertura a todos sus beneficiarios. Para informarse sobre la cobertura Medicare de las recetas médicas, consulte las páginas 52–66.

Para evitar el tener que pagar la penalidad por inscripción tardía en la Parte D, debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando sea elegible por primera vez. Vea la página 58.

Sus Opciones de Planes

¿Tiene Usted una Póliza Medigap que Ofrece la Cobertura de Recetas Médicas?

Antes del 2006, algunas pólizas Medigap incluían la cobertura de los medicamentos recetados. Si tiene una de estas pólizas, tal vez tenga que pagar la penalidad por inscripción tardía en la Parte D (una prima más alta) cuando se inscriba en un Plan de Medicare de Recetas Médicas, si la cobertura de recetas médicas de su póliza Medigap no es tan buena como la cobertura de recetas médicas de Medicare (**cobertura acreditable** de medicamentos). Usted pagará esta prima más alta por todo el tiempo que tenga la cobertura de recetas médicas de Medicare.

Cada año, recibirá un aviso de su compañía de seguro Medigap informándole si la cobertura de medicamentos es cobertura válida.

Guarde este aviso. Tal vez lo necesite como prueba de su cobertura válida de medicamentos, si se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare más adelante.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Usted no puede tener al mismo tiempo la cobertura de medicamentos recetados de **Medigap** y de **Medicare**. Usted puede quedarse con la cobertura de recetas médicas de Medigap, pero si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su compañía de seguro Medigap debe quitar la cobertura de medicamentos de su póliza.

Para más información sobre las pólizas Medigap, visite www.medicare.gov para ver la publicación “Selección de una Póliza Medigap: Una Guía de Seguro de Salud para las Personas con Medicare”. En “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Buscar una Publicación de Medicare”. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (**TTY**) deberán llamar al 1-877-486-2048.



Si sus ingresos y recursos son limitados, hay programas que pueden ayudarle a pagar los costos que Medicare no cubre. Vea las páginas 76–82.

Sección

3



Obtenga la Ayuda que Necesita

Medicare está para ayudarle con la información que necesite.

La Sección 3 incluye información sobre:

- Ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados 76–82
- Sus derechos Medicare y cómo solicitar una apelación 83–90
- Cómo protegerse del fraude y del robo de identidad 91–93
- Cómo puede ayudarle el Intermediario de Medicare 94
- Dónde obtener más información. 95–102
- Qué significan las palabras en color azul 103–107

Aviso: Guarde toda la información que reciba de Medicare, el Seguro Social, su plan Medicare de salud o de recetas médicas, su póliza Medigap, del plan de su empleador o sindicato como por ejemplo su Aviso Anual de Cambio, el aviso de cobertura válida de medicamentos o el Resumen de Medicare (MSN). También quédese con una copia de las solicitudes que envió para la ayuda adicional, programas estatales o los Programas de Ahorros Medicare. Tal vez necesite esta información cuando solicite los beneficios de los programas mencionados en las páginas 76–82.

Obtenga la Ayuda que Necesita



Ayuda para las Personas con Ingresos y Recursos Limitados

Hay ayuda monetaria disponible para pagar por algunos gastos médicos y de medicamentos recetados. Si usted tiene ingresos y recursos limitados, tal vez cumpla los requisitos para recibir los beneficios de uno o más de los programas que mencionamos en esta sección.

Ayuda Adicional para Pagar por la Cobertura de Medicare de sus Recetas Médicas

¿En qué consiste este programa?

Medicare brinda “ayuda adicional” (subsidio por bajos ingresos) para pagar por su cobertura de recetas médicas si su ingreso anual es menos de \$15,315 (ó \$20,535 si está casado y vive con su cónyuge y sin otro dependiente) y sus recursos suman menos de \$11,710 (ó \$23,410 si está casado y vive con su cónyuge y sin otro dependiente).

Si es elegible para la ayuda adicional en el 2008, usted recibirá:

- Ayuda para pagar por la prima mensual de su plan. De acuerdo a sus ingresos, recursos y al monto de la prima, puede que pague una prima reducida o que no pague una prima para el plan básico. Para un plan que ofrezca más que el básico, usted tendrá que pagar una parte de la prima para obtener la cobertura adicional.
- Ayuda para pagar el deducible anual.
- Ayuda para pagar el coseguro y los copagos de sus medicamentos recetados.
- No tendrá interrupción en la cobertura (vea la página 56).

Usted será elegible automáticamente para recibir esta ayuda si tiene Medicare y:

- Recibe los beneficios completos de Medicaid. Vea la página 79.
- Obtiene ayuda de su programa estatal Medicaid para pagar las primas de la Parte B de Medicare (pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare). Vea la página 80.
- Recibe el beneficio de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés) sin Medicaid. Vea la página 81.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Obtenga la Ayuda que Necesita

3

Ayuda Adicional para Pagar por la Cobertura de Medicare de sus Recetas Médicas (continuación)

¿Qué ocurre si soy elegible automáticamente para recibir la ayuda adicional?

Medicare le enviará una carta por correo avisándole que usted es elegible automáticamente para recibir la ayuda adicional. Usted no tiene que solicitarla si recibió esta carta.

- Guarde esta carta.
- Para obtener esta ayuda adicional debe inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare.
- Si no se inscribe en un plan, Medicare lo hará por usted para asegurarse que obtenga dicha cobertura.
- Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre las medicinas recetadas que usted necesita y si puede comprar en la farmacia que usted desea. Si no, puede cambiar de plan.
- Si Medicare lo inscribe en un plan, le enviará una carta en papel amarillo o azul avisándole cuándo se inicia su cobertura.

Si no desea inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare (por ejemplo, porque prefiere quedarse con su cobertura de empleador o sindicato), puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan que aparece mencionado en la carta y avisarles que no desea inscribirse en el plan de recetas médicas de Medicare. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Ayuda Adicional para Pagar por la Cobertura de Medicare de sus Recetas Médicas (continuación)

Si no es elegible automáticamente para recibir la ayuda adicional, puede solicitarla igualmente

- Llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 para solicitarla por teléfono o para pedir la solicitud impresa. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778.
- Visite www.socialsecurity.gov para solicitarla en línea (Internet).
- Solicítela en la Oficina Estatal de Asistencia Médica ([Medicaid](#)). Para obtener el teléfono en su estado, consulte la página 95.

Para obtener respuestas a sus preguntas sobre la ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas, llame al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud \(SHIP\)](#), el número de teléfono aparece listado en las páginas 98–101.

Aviso: Si solicita y obtiene la ayuda adicional, debe inscribirse en un Plan de Medicare de Recetas Médicas para recibirla. Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados, Medicare lo hará por usted para asegurarse que obtenga dicha cobertura. Si Medicare lo inscribe en un plan, le enviará una carta en papel verde avisándole cuándo se inicia su cobertura. Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre las medicinas recetadas que usted necesita y si puede comprar en la farmacia que usted desea. Si no, puede cambiar de plan.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP por su sigla en inglés)

Varios estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a ciertos beneficiarios a pagar por sus medicamentos recetados. Cada SPAP tiene sus propias normas sobre cómo brindar cobertura de medicamentos a sus miembros. Según su estado, el SPAP tendrá maneras diferentes de pagar por sus recetas médicas. Para averiguar cuáles son los SPAP en su estado, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. O llame al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud \(SHIP\)](#), el número de teléfono aparece listado en la contraportada interior del manual.

Medicaid

[Medicaid](#) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Ciertos beneficiarios cumplen los requisitos para Medicare y Medicaid (a esto se le conoce como “elegibles dobles”).

- Si usted tiene Medicare y Medicaid casi todos los costos de sus servicios médicos están cubiertos.
- Los programas Medicaid varían en cada estado. También pueden tener distintos nombres, como “Ayuda Médica” o “Medi-Cal”.
- Las personas que tienen Medicaid podrían tener cobertura de ciertos servicios que Medicare no cubre totalmente, como los servicios del asilo de ancianos o de una agencia de cuidado de la salud en el hogar.
- Los límites de ingresos para Medicaid varían de un estado a otro.

Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible y para obtener más información sobre Medicaid. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la Oficina de Asistencia Médica de su estado. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.



Visite www.medicare.gov por Internet para obtener los Planes Medicare para Necesidades Especiales (SNP) de su área. Algunos de estos planes pueden brindar cobertura especial para las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Programas de Ahorros de Medicare (Ayuda de Medicaid para Pagar las Primas de Medicare)

Los estados tienen programas que pagan las primas de Medicare de las personas de ingresos y recursos limitados y, en algunos casos, también pueden pagar los **deducibles** y **coseguros** de las Partes A y B de Medicare. Estos programas ayudan a millones de beneficiarios de Medicare a ahorrar dinero cada año.

Para ser elegible, debe cumplir las condiciones siguientes:

- Debe tener la Parte A.
- Sus recursos deben ser de \$4,000 o menos si es soltero o \$6,000 o menos si está casado. Los recursos incluyen el dinero que tenga en cuentas de ahorro o cuentas corrientes, acciones o bonos, pero no incluyen su automóvil, su vivienda, el terreno para su sepultura, y hasta \$1,500 para gastos de entierro.
- Su ingreso mensual no debe exceder \$1,169 si es soltero o \$1,561 si está casado.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Aviso: Cada estado puede tener individualmente, límites de ingresos y recursos diferentes. Los límites de ingresos pueden ser un poco más altos en el 2008 si tiene otros dependientes.

Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (**Medicaid**). Dado que los nombres de estos programas pueden variar en cada estado, pida información sobre los Programas de Ahorros de Medicare. Es importante que llame si cree que reúne los requisitos para cualquiera de ellos, aun si no está seguro. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número en su estado, o comuníquese con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**, el número de teléfono aparece listado en las páginas 98–101. Los usuarios con teléfono de texto (**TTY**) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés)

La Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas de ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI le proporcionan dinero en efectivo para cubrir las necesidades básicas de alimentos, ropa y vivienda. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Usted también debe cumplir con los requisitos siguientes:

- Debe ser residente de los Estados Unidos o de las Islas Marianas del Norte
- No debe ausentarse del país por más de 30 días.
- Ser ciudadano o nacionalizado o estar en una de las categorías de los que no son ciudadanos pero son elegibles para serlo. Las personas que viven en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, o Samoa Americana generalmente no pueden obtener el beneficio de SSI.

Si desea más información, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 o vaya a la oficina local. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778. También puede visitar www.socialsecurity.gov y usar la “Herramienta de Evaluación de Elegibilidad de Beneficios” para averiguar si reúne los requisitos para obtener SSI u otros beneficios y decidir si los solicita.



Para los niños menores de 19 años que no tengan seguro, su estado ofrece un seguro médico gratuito o de bajo costo. Llame al 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) para obtener más información sobre el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños.

Obtenga la Ayuda que Necesita

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para las personas delicadas de salud que viven y reciben su atención médica en la comunidad. Los programas PACE ofrecen todos los servicios necesarios por razones médicas incluyendo la cobertura de recetas médicas. PACE es un programa conjunto de Medicare y Medicaid disponible en los estados que hayan escogido ofrecerlo como un beneficio de Medicaid opcional. PACE podría ser para usted una opción mejor que un asilo de ancianos.

Para obtener los beneficios de PACE debe cumplir los requisitos siguientes:

- Tener por lo menos 55 años
- Vivir en el área de servicio de PACE
- Estar certificado por su estado como un beneficiario elegible para un asilo de ancianos

Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para averiguar si reúne los requisitos para PACE y si hay un programa cerca de su domicilio. También puede visitar www.cms.hhs.gov/pace para averiguar dónde están ubicados y los números de teléfono.

Programas para las Personas que Viven en los Territorios de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte, y Samoa Americana

Existen programas para los residentes de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte, y Samoa Americana con ingresos y recursos limitados que les ayudan a pagar sus costos de Medicare.

Los programas varían en estos lugares. Llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para averiguar sobre los criterios de elegibilidad. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Sus Derechos Medicare

Independientemente del tipo de Plan Medicare que tenga, usted tiene ciertos derechos.

En su calidad de beneficiario de Medicare, usted tiene derecho a:

- Obtener una decisión sobre el pago de su atención médica o servicios
- **Apelar** (obtener una revisión) ciertas decisiones sobre el pago de su atención médica, servicios o cobertura de sus medicamentos recetados
- Obtener información (incluyendo aquella relacionada con los servicios cubiertos y los costos)
- Obtener servicios urgentes y atención en la sala de emergencia
- Atenderse con médicos, especialistas (incluidos los especialistas de servicios médicos para la mujer) y atenderse en hospitales certificados por Medicare
- Participar en las decisiones sobre su tratamiento
- Conocer sus opciones de tratamiento
- Obtener información de Medicare, sus proveedores y en ciertas circunstancias contratistas, en un lenguaje claro y sencillo
- Presentar quejas, incluidas aquellas relacionadas con la calidad de la atención
- No ser discriminado (vea la página 93)
- Que su información personal sea confidencial

¿Qué Es una Apelación?

Si está inscrito en Medicare tiene ciertos derechos garantizados. Uno de ellos es el derecho a un proceso justo de **apelación** de las decisiones relacionadas con los pagos de los servicios médicos. Una apelación es un tipo de queja que usted realiza en situaciones como éstas:

- Cuando no cubren un servicio, suministro o medicamento recetado y usted cree que deberían cubrirlo
- Cuando un servicio, suministro o medicamento recetado que usted solicita le es denegado y usted cree que deberían proveerle
- Cuando terminan un servicio antes de tiempo
- Cuando quiere cuestionar la cantidad que Medicare pagó por un servicio o suministro que usted recibió

Si decide apelar, pídale a su médico, proveedor o suplidor que le facilite cualquier información que pudiera servirle para su caso.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Cómo Solicitar una Apelación

El modo de solicitar una **apelación** depende del tipo de plan Medicare que tenga.

- Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage o en un Plan Medicare de Recetas Médicas, lea los documentos del plan para averiguar cómo presentar una apelación, o visite www.medicare.gov por Internet. Si desea más información sobre apelaciones en un Plan Medicare Advantage, vea la página 86. Para las apelaciones en un Plan Medicare de Recetas Médicas, vea la página 87.
- Si está en el Plan Original Medicare, puede solicitar una apelación siguiendo estas instrucciones:
 1. Obtenga el **Resumen de Medicare** (MSN) que muestra el suministro o servicio por el que está apelando. (Su MSN es el informe que recibe cada 3 meses en donde se listan todos los servicios que recibió y le indica si Medicare pagó por ellos.)
 2. Haga un círculo alrededor del artículo o servicio que aparece en el Resumen de Medicare con el que está en desacuerdo y detalle en el MSN las razones por las que está en desacuerdo.
 3. Firme el Resumen de Medicare e incluya un número de teléfono.
 4. Envíe el Resumen de Medicare o una copia del mismo, a la dirección del contratista de Medicare que aparece en la sección “Información sobre Apelaciones” del MSN. También puede enviar información adicional que tenga y que ayude a su caso.

Usted tiene un período de 120 días a partir de la fecha indicada en su Resumen de Medicare para apelar. Si quiere solicitar una apelación, asegúrese de leer el Resumen de Medicare atentamente y de seguir las instrucciones.

En algunos casos puede solicitar una apelación acelerada. Vea la página 86.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.



Si tiene preguntas o quejas sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, llame a la **Organización para el Mejoramiento de Calidad** (QIO por su sigla en inglés) local. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Cómo Solicitar una Apelación (continuación)

¿Cómo Puede Averiguar si le Facturaron a Medicare por Servicios que Recibió?

Si está en el Plan Original de Medicare y no está seguro si se le cobró a Medicare por los servicios que recibió:

- Solicite al proveedor de servicios de salud o al suplidor un resumen detallado (debería recibirlo a más tardar en 30 días).
- Revise su Resumen de Medicare (MSN) (que le envían cada 3 meses) para ver si se le cobró el servicio a Medicare. Usted puede ver su MSN actual en www.MiMedicare.gov o puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir una copia. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Pregunte a su médico o proveedor si envió la reclamación a Medicare.

¿Qué es una Notificación Previa al Beneficiario (ABN por su sigla en inglés)?

Si está en el Plan Original de Medicare, su proveedor o suplidor puede darle un aviso llamado “Notificación Previa al Beneficiario” (ABN):

- Este aviso le indica que Medicare probablemente (o con seguridad) no pagará por algunos servicios en ciertas situaciones.
- Le pedirán que firme un acuerdo en el que se indica que usted pagará por el servicio que reciba si Medicare no lo paga.
- Usted puede pedirle al proveedor que envíe igualmente la factura a Medicare. Si el pago es denegado, puede presentar una [apelación](#). El ABN no es una denegación oficial de cobertura por parte de Medicare.
- Usted puede pedirle a la compañía que se encarga de las facturas de Medicare, una determinación anticipada de cobertura para averiguar si Medicare pagará por un servicio o suministro en su situación. Esta información sólo está disponible para un número limitado de servicios y suministros.
- También puede recibir un ABN por otros motivos, tales como cuando su médico reduce los servicios para el cuidado de la salud en el hogar.

Si está en un plan de Medicare como un [HMO](#) o [PPO](#), o en un [Plan de Medicare de Recetas Médicas](#), llame al plan para averiguar si un determinado servicio o suministro será cubierto.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Su Derecho a una Apelación Acelerada si está en el Plan Original de Medicare o en un Plan Medicare Advantage

Si está recibiendo servicios en un hospital, [centro de enfermería especializada](#), agencia de cuidado de la salud en el hogar, centro ambulatorio de rehabilitación completa u hospicio, tendrá derecho a una [apelación](#) acelerada (también llamada “revisión acelerada” o “apelación inmediata”) si cree que sus servicios fueron terminados antes de tiempo. Usted recibirá un aviso del médico, del proveedor o del plan indicándole cómo solicitar una apelación inmediata. Si la solicita, usted obtendrá una revisión acelerada de médicos independientes que decidirán si los servicios deben continuar.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

- Si decide apelar, pida a su médico toda información que pudiera ayudar a su caso.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (el teléfono aparece en las páginas 98–101 para que le ayuden a solicitar la apelación. También puede llamar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad local, o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Averigüe si tiene otros derechos de apelación en caso que pierda el período de tiempo límite para presentar la apelación.
 - Si está inscrito en el Plan Original de Medicare, llame a la [Organización para el Mejoramiento de Calidad \(QIO\)](#) local, visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono.
 - Si está inscrito en un [Plan Medicare Advantage](#) (como un [HMO](#) o [PPO](#)), llame al plan para averiguar cuáles son los servicios y suministros que serán cubiertos. Para obtener el número de teléfono, consulte los documentos del plan.

Obtenga la Ayuda que Necesita

¿Puedo Apelar las Decisiones de mi Plan de Medicare de Recetas Médicas?

Sí, al tener la cobertura de recetas médicas de Medicare, usted tiene derecho a:

- Obtener una explicación por escrito (llamada “**determinación de cobertura**”) de su plan de medicamentos recetados si el plan no pagará o no cubrirá un medicamento que usted necesita, o si piensa que le pidieron que pague más de lo que el plan paga por dicho medicamento.
- Pídale al plan una “**excepción**” si usted y su médico creen que necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos por el plan.
- Solicite una “**excepción**” si usted y su médico creen que una norma de cobertura (como una autorización previa) no debería aplicarse.
- Solicite una “**excepción**” si usted cree que debería pagar menos por un medicamento no preferido porque tanto usted como su médico creen que no puede tomar ningún medicamento preferido para tratar el mismo problema.

Usted o su médico pueden comunicarse con el plan para solicitar una determinación de cobertura o una excepción. Si la farmacia de la red del plan no puede venderle un medicamento como fue recetado, el farmacéutico debe entregarle o mostrarle un aviso en el que le explican cómo comunicarse con su plan de recetas médicas para hacer el pedido.

El pedido de determinación de cobertura o de excepción estándar debe hacerse por escrito, a menos que el plan lo acepte por teléfono. Usted o su médico pueden llamar o escribirle al plan para solicitar una **apelación** acelerada. **Si está solicitando una excepción, su médico debe enviar una justificación explicando los motivos médicos por los que medicamentos similares cubiertos por el plan, no darán el mismo resultado o podrían ser dañinos para su salud.**

Una vez que el plan reciba su pedido de determinación de cobertura o la declaración de su médico, tiene 72 horas (para un pedido estándar) o 24 horas (para un pedido acelerado) para tomar una decisión.

Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar la decisión. Hay 5 niveles de apelación disponibles. El primer nivel es apelar a su plan.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Si Desea Apelar una Decisión A Través de su Plan

- Tiene 60 días a partir de la fecha en que el plan le notificó su decisión inicial.
- La solicitud estándar debe hacerse por escrito, a menos que el plan de medicamentos recetados de Medicare la acepte por teléfono.
- Usted o su médico pueden llamar o escribirle al plan para solicitar una apelación acelerada.
- El plan tiene 7 días (para un pedido estándar) o 72 horas (para un pedido acelerado) a partir del momento en que recibe la solicitud, para tomar una decisión. Usted puede tener derechos de apelación adicionales si no está de acuerdo con la decisión del plan.
- Usted puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para solicitar la **apelación**. Encontrará el número de teléfono en las páginas 98–101.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Si su plan no responde a su pedido de determinación de cobertura, **excepción** o a su apelación, puede presentar una queja al patrocinador del plan. También puede presentar una queja llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Una vez que haya apelado al plan, recibirá una notificación donde le explican cuál es el próximo nivel de apelación si usted está en desacuerdo con la decisión del plan.

Si desea más información sobre sus derechos y los distintos niveles de apelación, visite www.medicare.gov por Internet. En “Herramientas de Búsqueda” escoja “Buscar una Publicación de Medicare” para ver la publicación “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Cómo usa Medicare su Información Personal

Usted tiene derecho a que su información personal y la información sobre su salud sean confidenciales. El cuadro a continuación y en la página 90 le indica cómo su información puede usarse y divulgarse, y cómo puede obtenerla.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Plan Original de Medicare

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE USARÁ O DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA, LÉALO ATENTAMENTE.

Por ley, Medicare debe proteger su información personal. También le debe entregar este aviso para explicarle cómo usará o divulgará su información médica.

Medicare usará su historial médico para brindar información:

- a usted u otra persona que actúe como su representante legal,
- al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si fuese necesario, para garantizar que su privacidad esté protegida, y
- cuando la ley así lo requiera.

Medicare tiene derecho a usar o divulgar su información médica para pagar por su atención o para operar el Programa Medicare. Por ejemplo:

- Las empresas de seguro de Medicare usan su información médica para pagar o denegar las reclamaciones, para cobrar las primas, para compartir sus beneficios de pagos con otros seguros o para preparar el Resumen de Medicare.
- Medicare podría usarla para asegurarse que usted y otros beneficiarios obtengan cuidados de calidad, para brindar servicio al cliente, para solucionar cualquier problema que tenga o para comunicarse con usted para un proyecto de investigación.

Medicare puede usar o divulgar su información médica para los propósitos siguientes y en circunstancias limitadas:

- para las agencias estatales o federales que tenga derecho legal a recibir información de Medicare (por ejemplo para asegurarse que Medicare está haciendo los pagos apropiados y para los programas federales/estatales Medicaid),
- para actividades relacionadas con la salud pública (por ejemplo un brote de una enfermedad),
- para el control de actividades del gobierno relacionadas con el cuidado de la salud (por ejemplo investigaciones sobre fraude y abuso),
- para procesos judiciales y administrativos (respuesta a una orden judicial),
- para garantizar el cumplimiento de la ley (por ejemplo brindar información limitada para localizar una persona desaparecida),
- para trabajos de investigación, incluidas las encuestas que cumplan con los requisitos legales de privacidad (investigación relacionada con la prevención de enfermedades o discapacidades),
- para evitar una amenaza seria e inminente para la seguridad o la salud,
- para comunicarse con usted para cambios en sus beneficios de Medicare, y
- para crear un banco de información mediante la cual usted no pueda ser identificado.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Por ley, Medicare debe obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica personal para cualquier propósito no especificado en este aviso. Usted puede revocar (“retirar”) su autorización en cualquier momento, excepto si Medicare ya ha utilizado su información basándose en el permiso otorgado.

Por ley, usted tiene derecho a:

- ver y pedir una copia de su información médica en poder de Medicare.
- solicitar que se corrija su información médica si cree que está equivocada o si falta información y Medicare está de acuerdo. Si Medicare no está de acuerdo, usted puede agregar a su legajo una declaración donde exprese su desacuerdo.
- obtener una lista de quienes recibirán de Medicare su información médica personal. La lista no indicará la información personal que se le haya proporcionado a usted o a su representante legal, la que fue proporcionada para pagar por su cuidado o el funcionamiento de Medicare o la que se le proporcionó para los que velan por el cumplimiento de la ley.
- pedirle a Medicare que se comunique con usted de otra manera o en un lugar diferente (por ejemplo, enviándole materiales a un apartado postal (P.O. Box) en vez de a su casa).
- pedirle a Medicare que limite el modo en que se usa o se divulga su información médica para pagar las reclamaciones y para el funcionamiento del Programa Medicare. Tenga presente que tal vez Medicare no esté de acuerdo con este pedido.
- obtener una copia impresa de este aviso.

Visite www.medicare.gov para más información sobre:

- el ejercicio de sus derechos mencionados en este aviso.
- cómo presentar una queja si usted cree que el Plan Original de Medicare ha violado sus derechos de privacidad. Si usted presenta una queja sus beneficios de Medicare no se verán afectados.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener esta información. Pida por un representante de servicio al cliente y pregúntele sobre el aviso de privacidad/confidencialidad de Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Usted puede presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Visite www.hhs.gov/ocr/hipaa o llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-866-627-7748. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-537-7697.

Por ley, Medicare debe cumplir con los términos del aviso de privacidad. Medicare tiene el derecho de cambiar el modo en que su información personal se usa o divulga, si lo hace, usted recibirá un aviso nuevo dentro de los 60 días del cambio.

**El Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Plan Original de Medicare
entró en vigencia el 14 de abril de 2003.**

Obtenga la Ayuda que Necesita

Protéjase del Robo de Identidad y del Fraude

El robo de identidad significa que alguien usa su información personal sin su consentimiento para cometer un fraude u otro delito. Su información personal es por ejemplo, su nombre, número de Seguro Social, número de Medicare, o el número de su tarjeta de crédito. Guarde esta información.

Por lo general, ninguna persona puede llamar o ir a su casa sin ser invitado, para venderle productos relacionados con Medicare. **Sólo divulgue su información personal a médicos, otros proveedores, a los planes aprobados por Medicare y a las personas de la comunidad que trabajan con Medicare, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) o al Seguro Social.** Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si no está seguro de que su proveedor esté aprobado por Medicare. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.



Si sospecha que alguien está usando su información personal llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- A la línea gratuita para fraude del Inspector General 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-377-4950.
- A la línea abierta de robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338 para hacer una denuncia (los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-866-653-4261). Para más información el robo de identidad visite www.consumer.gov/idtheft.

Los planes de Medicare no pueden pedirle por teléfono información sobre su tarjeta de crédito o sobre su banco, a menos que usted sea miembro del plan. En la mayoría de los casos, los planes no pueden llamar para inscribirlo en el plan; en cambio, usted debe llamarlos a ellos. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para denunciar a cualquier plan que le solicite su información personal por teléfono o llame para que se inscriba en el plan. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Aviso: Los planes de Medicare que ofrecen programas piloto pueden llamarlo para averiguar si quiere participar. Para más información sobre los programas piloto, consulte la página 51.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Protéjase y Proteja a Medicare del Fraude en la Facturación

La mayoría de médicos, proveedores de servicios de salud, farmacéuticos y planes que trabajan con Medicare son honestos. Desafortunadamente, algunos no lo son. Medicare está trabajando con otras agencias gubernamentales para protegerlo y proteger al Programa Medicare.

El fraude contra Medicare tiene lugar cuando se le cobra a Medicare por servicios que usted nunca recibió. Todos los años, el fraude contra Medicare se lleva mucho dinero del Programa Medicare. Usted paga por ello, con primas más altas. El fraude puede ser realizado por individuos, compañías o grupos de individuos.

Si sospecha de algún fraude en la facturación:

1. Llame a su proveedor de cuidado de salud para asegurarse que la factura está correcta.
2. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
3. Llame a la línea gratuita del Inspector General 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477).

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.



Si sospecha que el plan de Medicare le ha proporcionado información confusa o engañosa, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga la Ayuda que Necesita

3

Usted Podría Ganar Dinero si Lucha Contra el Fraude

Usted podría obtener una recompensa de hasta \$1,000 si cumple **todos** estos requisitos:

- Denuncia una sospecha de fraude a Medicare
- La Oficina del Inspector General revisa su sospecha
- Si su sospecha de fraude ya no estaba siendo investigada
- Su denuncia permite recobrar por lo menos \$100 del dinero de Medicare

Si desea más información, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Buscar una Publicación de Medicare” y consulte la publicación “Protéjase y Proteja a Medicare del Fraude”.

Usted está Protegido Contra la Discriminación

Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare debe obedecer la ley. A usted no se le puede dar un trato diferente por su raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, o religión o sexo. También está protegida la privacidad de su información médica. Si usted cree que ha sido tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, llame a la Oficina de Derechos Civiles de su estado o llame gratis al 1-800-368-1019. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-537-7697. Si desea más información, visite www.hhs.gov/ocr por Internet.

Obtenga la Ayuda que Necesita

El Intermediario de Medicare está Trabajando para Usted

Un “intermediario” es una persona que evalúa los problemas y ayuda a resolverlos. El Congreso obliga a Medicare a tener un Intermediario que trabaja para ayudar a los beneficiarios de Medicare. El Intermediario de Medicare comparte información con al Secretario de Salud y Servicios Humanos, con el Congreso y con otras organizaciones sobre lo que funciona bien en el Programa Medicare y lo que no funciona adecuadamente. El Intermediario ayuda a mejorar la calidad de los servicios y de la atención que usted recibe de Medicare, al informar sobre problemas y recomendar soluciones.

¿De Qué Manera me Ayuda el Intermediario de Medicare?

El Intermediario de Medicare se asegura de que tenga a su alcance la información disponible sobre:

- Sus beneficios de Medicare
- Los datos para tomar decisiones de salud acertadas
- Sus derechos y protecciones de Medicare
- Cómo resolver los problemas

Visite www.medicare.gov si desea más información, o www.cms.hhs.gov por Internet. En “Búsqueda por Tema” escoja “Centro del Intermediario”.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Obtenga Información las 24 Horas del Día, Incluidos los Fines de Semana

Llame **GRATIS** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. TTY: **1-877-486-2048**.

- Hable claramente y tenga a mano su tarjeta de Medicare.
- **Si en algún momento necesita ayuda diga “Agente” (Agent) para hablar con un representante de servicio al cliente. O use el cuadro a continuación.**

Si llama por	Diga
La cobertura de Medicare de recetas médicas	“Cobertura de medicamentos recetados”
Cuentas médicas o asuntos relacionados con facturas o apelación de una reclamación específica	“Reclamación” “Facturación”
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	“Servicios Preventivos”
Ayuda para pagar por la cobertura de sus medicamentos	“Ingreso limitado”
Formularios y publicaciones	“Publicaciones”
Números de teléfono de su Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid)	“Medicaid”
Atención médica ambulatoria	“Servicio médico”
Visita al hospital o atención en la sala de emergencia	“Estadía en el hospital”
Oxígeno, silla de ruedas, andadores, o suministros para diabéticos	“Suministros médicos”
Información sobre el deducible de la Parte B	“Deducible”



Las personas que reciben beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario deberán llamar al 1-800-833-4455 para que les respondan las preguntas sobre los servicios y facturas de la Parte B.

Aviso: Si desea que Medicare proporcione información personal sobre su salud a otra persona, debe comunicárselo a Medicare por escrito. Puede llenar una “Autorización para divulgar información médica personal”. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el formulario. Tal vez le convenga hacer esto ahora en caso de que en el futuro no pueda hacerlo. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga la Ayuda que Necesita

¿Necesita Información Personalizada?

¿Necesita Información?

Inscríbese en www.MiMedicare.gov (Servicio seguro para acceder a su información personal de Medicare por Internet)

- Haga un seguimiento de sus reclamaciones
- Fíjese cuánto ha pagado del deducible anual de la Parte B
- Consulte información sobre su elegibilidad
- Averigüe sobre los servicios preventivos que puede obtener
- Averigüe sobre su plan de salud o de recetas médicas o busque un plan nuevo
- Mantenga su información de Medicare en un lugar conveniente



“Es muy fácil...me mantengo al día con la información sobre mis reclamaciones, obtengo copias de mis Resúmenes de Medicare y controlo cuáles son los servicios preventivos que puedo recibir.”

¿Necesita Información General sobre Medicare?

Visite www.medicare.gov por Internet

- Averigüe cuáles son los planes disponibles en su zona
- Busque médicos que participen en Medicare
- Averigüe lo que cubre Medicare, incluyendo los [servicios preventivos](#)
- Obtenga información y [formularios](#) de apelación
- Obtenga información sobre la calidad de la atención en los asilos de ancianos, hospitales, algunas agencias de cuidado de la salud en el hogar, planes, y centros de diálisis
- Obtenga números de teléfonos locales útiles
- Lea las publicaciones de Medicare

Si no tiene una computadora, en su biblioteca local o en el centro para personas de la tercera edad podrán ayudarle a obtener esta información.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Otros Contactos Importantes

1-800-MEDICARE

(vea la página 95)

1-800-633-4227

TTY 1-877-486-2048

Seguro Social

Llame para cambios de nombre o de domicilio, defunciones, inscripción en Medicare, reemplazo de su tarjeta de Medicare, para información sobre la ayuda adicional para pagar por la cobertura de recetas médicas y beneficios del Seguro Social.

1-800-772-1213

TTY 1-800-325-0778

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Vea las páginas 98–101

Contratista de Coordinación de Beneficios

Llame para información sobre si Medicare o su otro seguro paga primero

1-800-999-1118

TTY 1-800-318-8782

Departamento de Defensa

TRICARE

1-888-363-5433

TRICARE for Life

1-866-773-0404

Departamento de Salud y Servicios Humanos

Oficina del Inspector General

1-800-447-8477

TTY 1-800-377-4950

Oficina de Derechos Civiles

1-800-368-1019

TTY 1-800-537-7697

Departamento de Asuntos de Veteranos

1-800-827-1000

TTY 1-800-829-4833

Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

Llame para cambios de nombre o de domicilio, defunciones, inscripción en Medicare, reemplazo de su tarjeta de Medicare.

Oficina local de RRB o

1-800-808-0772

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)

Llame si tiene preguntas o quejas sobre la calidad de los servicios de Medicare.

Llame GRATIS al

1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) para obtener el número de su zona.

TTY 1-877-486-2048

Obtenga la Ayuda que Necesita

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite la sección [Contactos Útiles](#) de nuestro sitio web. Gracias.

Obtenga la Ayuda que Necesita

3

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite la sección [Contactos Útiles](#) de nuestro sitio web. Gracias.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite la sección [Contactos Útiles](#) de nuestro sitio web. Gracias.

Obtenga la Ayuda que Necesita

3

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite la sección [Contactos Útiles](#) de nuestro sitio web. Gracias.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Publicaciones de Medicare

Para leer, imprimir o descargar folletos, panfletos u hojas de datos sobre los temas mencionados a continuación o para averiguar qué hay disponible, visite www.medicare.gov, en “Herramientas de Búsqueda” y seleccione “Buscar una Publicación de Medicare”. También puede hacer una búsqueda por palabra clave (por ejemplo “derechos” o “salud mental”) en www.medicare.gov, o en “Ver todas las Publicaciones de Medicare”.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 103–107.

Algunas publicaciones pueden ser pedidas. Si la publicación que le interesa tiene un casillero después de “Ordene la Publicación”, significa que puede solicitar una copia impresa. O, puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que le manden por correo una copia. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Busque publicaciones de Medicare sobre temas tales como:

- [Servicios preventivos](#)
- Cuidado de hospicio
- Cuidado de la salud en el hogar
- Cobertura de recetas médicas
- [Planes Medicare Advantage](#)
- Selección de un asilo de ancianos
- Cuidado de salud mental
- Diálisis renal y trasplantes
- [Cuidado de enfermería especializada](#)
- Lucha contra el fraude
- Derechos y protecciones

Obtenga la Ayuda que Necesita

Definición de las Palabras en Color Azul

Apelación—Una apelación es un tipo de queja especial que usted hace si no está de acuerdo con alguna decisión de Medicare o de su plan de salud o de su plan de recetas médicas. Usted puede apelar si solicitó un servicio, suministro o medicamento que cree que debería obtener o solicita el pago por un servicio que recibió y Medicare o su plan de salud se lo niegan. También puede apelar si recibe cobertura y el plan deja de pagar.

Área de Servicio—El área donde su plan acepta miembros. Para los planes que requieren que usted use sus médicos y hospitales, es también el área donde se brindan los servicios médicos. Si usted se muda fuera del área de servicio, el plan debe cancelar su cobertura.

Cantidad Aprobada por Medicare—En el Plan Original de Medicare, es la cantidad que puede recibir en pago un médico o proveedor, incluido lo que paga Medicare y cualquier deducible, coseguro, o copago que usted pague. Puede ser menor que la cantidad que le cobra su médico o proveedor le cobran.

Cobertura Válida/Acreditada de Recetas Médicas—Cobertura de recetas médicas (por ejemplo de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas.

Copago—En algunos planes de salud Medicare y planes para medicamentos recetados, es la cantidad que usted paga por cada servicio médico que recibe, por ejemplo, una consulta al médico o un medicamento. Un copago, por lo general, es una cantidad fija que usted paga. Por ejemplo, podría ser de \$10 o \$20 por cada consulta médica o receta. Los copagos también se utilizan para ciertos servicios ambulatorios de hospital en el Plan Original Medicare.

Coseguro—La cantidad que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. En el Plan Original Medicare, es un porcentaje (por ejemplo, el 20%) de la cantidad aprobada por Medicare. Usted tiene que pagarla después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o B. En un plan de Medicare para recetas médicas, el coseguro variará de acuerdo a lo que usted haya gastado y al plan en el que esté inscrito.

Cuidado a Largo Plazo—Una variedad de servicios que ayudan a las personas con sus necesidades de salud o personales, y con las actividades de la vida diaria por un período de tiempo. El cuidado a largo plazo puede brindarse en casa, en la comunidad, o en varios tipos de centros, incluyendo asilos para ancianos, y centros para la vida asistida. La mayor parte de cuidado a largo plazo es cuidado de custodia/compañía. Medicare no cubre este tipo de cuidado si es el único tipo de atención que necesita.

Cuidado de Custodia/Compañía—Cuidado personal no especializado, para ayudarle con las actividades cotidianas tales como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse, desplazarse y usar el baño. También puede incluir las actividades que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas oculares. En la mayoría de los casos Medicare no paga por este tipo de cuidado.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)—Es un cuidado diario que debe ser brindado por enfermeras especializadas o personal de rehabilitación. Ejemplos de cuidado de enfermería especializada: colocación de inyecciones intravenosas y terapia física. Si necesita cuidado de custodia para ayudarle a vestirse, bañarse, etc., este tipo de servicio por sí solo, no puede calificar para la cobertura Medicare en un centro de enfermería especializada. Sin embargo, si usted califica para enfermería especializada o rehabilitación, Medicare cubrirá la ayuda con las actividades diarias en el centro.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Definición de las Palabras en Color Azul (continuación)

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud o medicamentos, antes de que el Plan Original de Medicare, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar. Por ejemplo, en el Plan Original de Medicare usted paga un deducible por cada período de beneficios de la Parte A y cada año por la Parte B. Estas cantidades pueden cambiar cada año. Las personas que reúnen los requisitos para recibir la ayuda adicional para pagar por la cobertura de medicamentos, pagan un deducible muy pequeño o no pagan el deducible.

Determinación de Cobertura (Parte D)—Es la primera decisión tomada por un plan de recetas médicas de Medicare (no por la farmacia) sobre la cobertura de medicamentos para la que es elegible, incluyendo las decisiones sobre:

- si ofrece o paga por un medicamento
- la excepción que usted ha solicitado
- la cantidad que le han cobrado por el medicamento
- si usted ha cumplido con la norma de cobertura establecida para el medicamento que necesita

Si el plan no le comunica su decisión a la brevedad y el retraso podría afectar a su salud, la falta de respuesta del plan se considera como una determinación de cobertura. Si usted está en desacuerdo, el paso siguiente es apelar la decisión.

Días de Reserva de por Vida/Vitalicios—En el Plan Original de Medicare son días adicionales que Medicare pagará cuando ha estado hospitalizado por más de 90 días durante un período de beneficios. Estos 60 días pueden ser usados una sola vez durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos excepto el coseguro diario. Vea la página 111 para obtener los costos específicos.

Equipo Médico Duradero (DME)—Equipo médico ordenado por su doctor para usarlo en el hogar. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital. El DME está cubierto por las Partes A y B como parte de los servicios para el cuidado de la salud en el hogar.

Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS)—También conocida como Enfermedad de Lou Gehrig.

Excepción—Es un tipo de determinación de cobertura. Una excepción al formulario es una decisión de cubrir un medicamento que no está en el formulario del plan o una decisión de no aplicar una norma de cobertura. Una excepción al nivel es cuando se decide cobrarle el precio de un nivel más bajo para un medicamento que está en el nivel de medicamentos no preferidos (vea la página 65). Su médico debe enviar una declaración donde se explique el motivo médico que justificaría la excepción.

Formulario—Una lista de los medicamentos cubiertos por el plan.

Hospital de Acceso Crítico—Un centro médico pequeño que brinda servicios ambulatorios y de internación a personas en zonas rurales.

Institución—Un centro que responde a la definición de Medicare de un centro para el cuidado de la salud a largo plazo, por ejemplo un asilo de ancianos o un centro de enfermería especializada. No incluye los centros para adultos y de vida asistida, o los hogares residenciales.

Obtenga la Ayuda que Necesita

Definición de las Palabras en Color Azul (continuación)

Instituciones Religiosas no Médicas para Servicios de Salud—Centros que brindan atención no médica para aquellos individuos para quienes recibir servicios médicos estaría en contra de sus convicciones religiosas. Para ser elegible, usted debería necesitar el tipo de atención médica que, de no ser por sus creencias religiosas, recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada y tendrá que firmar un documento donde indique que usted ha escogido este centro.

Médico de Cuidado Primario—Es el médico a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El médico de cuidado primario es el que se encarga de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano. También es el que lo deriva a otro proveedor de la salud y habla con otros médicos sobre su cuidado. En muchos planes Medicare Advantage, antes de ver a cualquier otro médico, usted debe consultar a su médico de cuidado primario.

Medicaid—Un programa conjunto federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero cubren la mayoría de los costos de su atención médica si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Necesario por Razones Médicas—Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud y cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)—Un tipo de plan Medicare Advantage (Parte C) disponible en la mayoría del país. Los planes deben cubrir todos los servicios de las Parte A y B. Algunos HMO ofrecen beneficios adicionales, como días extra en el hospital. En la mayoría de los HMO, solo puede atenderse con médicos, especialistas y hospitales de la red del plan excepto en caso de emergencia.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) (continuación)

Sus costos podrían ser menores que los del Plan Original de Medicare.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)—Un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare.

Penalidad—Una cantidad que se agrega a su prima mensual de la Parte B o de un plan de Medicare para recetas médicas (Parte D), si usted no se inscribió cuando fue elegible por primera vez. Usted pagará más por todo el tiempo en que tenga Medicare. Hay algunas excepciones.

Período de Beneficios—La forma en que el Plan Original de Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted es ingresado al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si usted es ingresado al hospital o al centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible de internación para cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios que usted puede tener.

Período Especial de Inscripción (SEP)—Un período en el que usted puede inscribirse en las Partes A, B, y D si no lo hizo cuando fue elegible por primera vez, sin tener que esperar por un período general de inscripción. En la mayoría de los casos, el beneficiario puede inscribirse sin tener que pagar la penalidad (prima más elevada).

Obtenga la Ayuda que Necesita

Definición de las Palabras en Color Azul (continuación)

Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)—Estos planes combinan un plan Medicare Advantage de deducible alto con una cuenta de ahorros médicos para pagar por sus gastos de salud. El plan deposita dinero en su cuenta. Usted puede usar dicho dinero para pagar por sus gastos médicos hasta haber pagado el deducible.

Plan de Costo de Medicare—Es un tipo de plan de salud. En un plan de Costo de Medicare, si obtiene servicios fuera de la red del plan sin un referido, sus servicios cubiertos por Medicare serán pagados por el Plan Original de Medicare. (Su Plan de Costo pagará por los servicios de emergencia, o servicios urgentes.)

Plan de Medicare de Recetas Médicas (Parte D)—Un plan individual de medicamentos recetados ofrecido para agregar dicha cobertura al Plan Original de Medicare, a un Plan Privado de Pago-por-Servicio, Plan de Costo de Medicare o a un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare. Son vendidos por aseguradoras y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Los planes Medicare Advantage también pueden ofrecer esta cobertura y cumplir con las mismas normas que los planes de recetas médicas de Medicare.

Plan para Necesidades Especiales (SNP)—Un tipo especial de plan Medicare Advantage (Parte C) que brinda un cuidado centralizado para un grupo específico de personas como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, o los que viven en un asilo de ancianos o padecen de ciertos problemas médicos crónicos.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)—Un tipo de Plan Medicare Advantage (Parte C) disponible local y regionalmente, en el que paga menos si usa médicos, proveedores y hospitales que pertenecen a la red del plan.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) (continuación)

También puede usar los servicios de médicos, proveedores u hospitales fuera de la red por un costo adicional. Muchos planes Medicare Advantage son planes PPO.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B. También llamados Parte C incluyen los planes HMO, PPO, Privados de Pago-por-Servicio, Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare y planes para Necesidades Especiales. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios son pagados por el plan Medicare Advantage en vez del Plan Original de Medicare. La mayoría de estos planes ofrecen la cobertura de recetas médicas.

Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS)—Un plan Medicare Advantage (Parte C) en el que puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago del plan. El plan, en vez del Programa Medicare, es el que decide cuánto pagará por los servicios brindados y cuánto le corresponde pagar a usted. Usted puede pagar más o menos por los beneficios cubiertos por Medicare. Puede que tenga beneficios adicionales que el Plan Original Medicare no cubre.

Plan Original de Medicare—El Plan Original de Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). Es un plan de pago-por-visita. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte correspondiente de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Obtenga la Ayuda que Necesita

Definición de las Palabras en Color Azul (continuación)

Póliza Medigap—Una póliza de seguro suplementario a Medicare ofrecida a la venta por compañías de seguros privadas para cubrir lo que no cubre el Plan Original de Medicare.

Prima—El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de servicios de salud por cobertura de salud.

Programa de Ahorros de Medicare—Medicaid es un programa que ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos limitados, a pagar por parte o todas las primas y deducibles de Medicare.

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)—Un programa estatal que ayuda a pagar por la cobertura de medicamentos recetados según sus necesidades económicas, edad o condición médica.

Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE)—Los planes PACE combinan los servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo, para ayudar a las personas delicadas de salud a que se mantengan independientes y viviendo en su comunidades por el mayor tiempo posible, y al mismo tiempo obtengan los servicios médicos de calidad que necesitan. PACE sólo está disponible en los estados que lo ofrezcan como un beneficio optativo de Medicaid.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratuita sobre los seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

Programa Piloto—Un tipo de proyecto de Medicare diseñado para explorar mejoras futuras en la cobertura, costos y la calidad de la atención del Programa Medicare.

Punto de Servicio—Una opción de HMO que le permite usar médicos u hospitales fuera de la red del plan por un costo adicional.

Referido—El visto bueno por escrito de su médico de cabecera para que vea un especialista o reciba ciertos servicios. En muchos HMO, usted necesita una recomendación por escrito antes de poder conseguir cuidado de cualquier persona que no sea su médico de cabecera. Si no tiene un referido, es posible que el plan no pague.

Resumen de Medicare (MSN)—Es un resumen que usted recibe después que su proveedor de servicios de la salud haya enviado a Medicare la factura por los servicios cubiertos por las Partes A y B del Plan Original de Medicare. El mismo explica los servicios por los que se ha facturado, la cantidad aprobada por Medicare para dichos servicios, cuánto pagó Medicare y cuánto le cobrarán a usted.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)—Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o que tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los del Seguro Social.

Servicios Preventivos—Servicios médicos para mantenerlo sano o para hacer una detección temprana de una enfermedad que es cuando se obtiene el mejor resultado del tratamiento (por ejemplo, prueba Papanicolau, exámenes pélvico, vacunas contra la gripe o mamografías).

Telemedicina—Servicios profesionales brindados al paciente a través de un sistema de telecomunicación interactiva (como computadora, teléfono, o televisión) por un médico a distancia.

TTY—Teléfono de texto, es un dispositivo de comunicación para sordos, personas con impedimentos auditivos o aquellos con impedimentos graves del habla. Las personas que no tienen un TTY pueden comunicarse con un usuario TTY a través de un centro de mensajes (MRC). Este centro tiene operadores TTY disponibles para enviar e interpretar mensajes TTY.

¿Cuáles son los Servicios Preventivos que Necesita?

Lleve esta lista a su médico y pregúntele cuáles son los servicios preventivos para usted. Consulte las páginas 18–25 para obtener detalles sobre cuánto cuestan, la frecuencia con la que puede recibirlos y si reúne las condiciones para ellos. Escriba los datos tales como la fecha en la que recibe el servicio.

Servicio Preventivo Cubierto por Medicare		Detalles en la página	Notas
<input type="checkbox"/>	Evaluación para la detección de Aneurisma Abdominal Aórtico	18	
<input type="checkbox"/>	Medición de masa ósea/densitometría	18	
<input type="checkbox"/>	Evaluación cardiovascular	18	
	Evaluación para cáncer colorectal	19	
<input type="checkbox"/>	Prueba de sangre oculta en la materia fecal	19	
<input type="checkbox"/>	Sigmoidoscopia flexible	19	
<input type="checkbox"/>	Colonoscopia	19	
<input type="checkbox"/>	Enema de Bario	19	
<input type="checkbox"/>	Evaluación para detectar diabetes	19	
<input type="checkbox"/>	Entrenamiento para autocontrol de la diabetes	20	
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la gripe e influenza	21	
<input type="checkbox"/>	Prueba de glaucoma	21	
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la Hepatitis B	21	
<input type="checkbox"/>	Mamografía	22	
<input type="checkbox"/>	Servicios de nutrición	22	
<input type="checkbox"/>	Examen Pélvico y prueba Papanicolau (incluye el examen de los senos)	23	
<input type="checkbox"/>	“Bienvenido a Medicare” (examen físico por una sola vez)	23	
<input type="checkbox"/>	Vacuna neumocócica (contra la pulmonía)	23	
<input type="checkbox"/>	Evaluación para detectar cáncer de la próstata	23	
<input type="checkbox"/>	Consejería para dejar de fumar	24	

Visite www.MiMedicare.gov para hacer un seguimiento de sus servicios preventivos (vea la página 96).





Los Costos de Medicare en el 2008

Sus Primas Mensuales de Medicare en el 2008

Prima Mensual de la Parte A (Seguro de Hospital)

La mayoría de las personas no pagan por la Parte A, porque pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban.

Usted paga hasta \$423 mensuales si no recibe la Parte A libre de cargo.*

Prima Mensual de la Parte B (Seguro Médico)

Usted Paga	Si Su Ingreso Anual es	
	Soltero	Casado
\$96.40*	Menos de \$82,000	Menos de \$164,000
\$122.20*	\$82,001-\$102,000	\$164,001-\$204,000
\$160.90*	\$102,001-\$153,000	\$204,001-\$306,000
\$199.70*	\$153,001-\$205,000	\$306,001-\$410,000
\$238.40*	Más de \$205,000	Más de \$410,000

Prima Mensual de la Parte C (Plan Medicare Advantage)

Las primas* actuales se mencionan a partir de la página 107. Usted también debe pagar la prima de la Parte B (y la de la Parte A si no obtiene esta cobertura libre de prima).

Prima Mensual de la Parte D (Plan de Medicare de Recetas Médicas)

Las primas* actuales se mencionan a partir de la página 111. Usted también debe pagar las primas de las Partes A y B, o se agregará una cantidad por la cobertura de la Parte D a la prima de la Parte C.

* Si usted paga una **penalidad** por inscripción tardía, la cantidad podría ser más alta.

Los Costos de Medicare en el 2008



Lo que usted paga por el Plan Original de Medicare en el 2008

Parte A—Los Costos por los Servicios Cubiertos

Sangre	Usted paga todos los costos de las 3 primeras pintas de sangre que recibe mientras está internado, luego el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cada pinta de sangre adicional (a menos que usted u otra persona donen sangre para reponer la sangre usada).
Cuidado de Salud en el Hogar	Usted paga: <ul style="list-style-type: none">■ \$0 por los servicios del cuidado de la salud en el hogar■ El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero
Hospicio	Usted paga un copago de hasta \$5 por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y el 5% de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de relevo del paciente interno (cuidado a corto plazo para que el cuidador de costumbre pueda descansar). Usted podría tener que pagar por su estadía si recibe su cuidado de hospicio en un centro que no sea de cuidado a corto plazo o cuidado de relevo de paciente interno.
Internación en el Hospital	Usted paga: <ul style="list-style-type: none">■ \$1,024 de deducible y ningún coseguro de 1–60 días en cada período de beneficios■ \$256 diarios de 61–90 días en cada período de beneficios■ \$512 diarios por días de reserva vitalicios después de los 90 días en cada período de beneficios (60 días adicionales que puede usar sólo una vez en toda su vida)
Estadía en un Centro de Enfermería Especializada	Usted paga: <ul style="list-style-type: none">■ \$0 por los 20 primeros días por cada período de beneficios■ \$128 diarios de 21–100 días en cada período de beneficios■ Todos los costos diarios después de los 100 días en un período de beneficios

Nota: Todos los **Planes Medicare Advantage** deben cubrir estos servicios. Los costos varían por plan y pueden ser más altos o bajos que los ya mencionados. Consulte con su plan.



Los Costos de Medicare en el 2008

Lo que usted paga por el Plan Original de Medicare en el 2008 (continuación)

Parte B—Los Costos por los Servicios Cubiertos

Sangre	Usted paga todos los costos de las 3 primeras pintas de sangre que recibe mientras está internado, luego el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cada pinta de sangre adicional (a menos que usted u otra persona done sangre para reponer la sangre usada).
Servicios Clínicos de Laboratorio	Usted paga \$0 por los servicios aprobados por Medicare.
Servicio de Salud en el Hogar	Usted paga \$0 por los servicios aprobados por Medicare. Paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero .
Servicios Médicos y Otros	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los servicios del médico, terapia ambulatoria*, la mayoría de los servicios preventivos y el equipo médico duradero.
Servicios de Salud Mental	Usted paga el 50% de los servicios ambulatorios de salud mental.
Otros Servicios Cubiertos	Usted paga un copago y coseguro .
Servicios Ambulatorios del Hospital	Usted paga un coseguro o copago que varía con cada servicio.
Deducible de la Parte B	Usted paga los primeros \$135 anuales por los servicios o suministros cubiertos por la Parte B.

*Para el 2008 puede que se apliquen límites a la cobertura de las terapias física, ocupacional y del lenguaje/habla. Si fuese el caso, puede que estos límites tengan excepciones.

Nota: Todos los **Planes Medicare Advantage** deben cubrir estos servicios. Los costos varían por plan y pueden ser más altos o bajos que los ya mencionados.

Los Costos de Medicare en el 2008



Los Costos de la Parte C (Medicare Advantage) por Servicios y Suministros Cubiertos

Encontrará información sobre los costos de los Planes Medicare Advantage en su área a través de su plan o visitando a www.medicare.gov por Internet. Los Planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios y suministros de las Partes A y B. Para obtener las cantidades actuales, llame al plan.

Los Costos de la Parte D (Plan de Medicare de Recetas Médicas) por los Medicamentos Recetados Cubiertos

Encontrará cierta información sobre los costos de los planes de recetas médicas de Medicare en su área a través de su plan o visitando www.medicare.gov por Internet. Para obtener las cantidades actuales, llame al plan.

En el cuadro a continuación verá como se determina la penalidad de la Parte D por inscripción tardía.

Para más información sobre el estimado de la cantidad de su penalidad, ver pagina 58.

2008

Prima Promedio Nacional para la Parte D	\$27.93
Cálculo de la Penalidad Basado en 1%	\$.28



Medicare está usando un nuevo papel para este manual que le ahorrará millones de dólares a los pagadores de impuestos mientras mantiene la calidad. Si tiene comentarios sobre este papel o comentarios en general sobre este manual, envíenos un mensaje por correo electrónico a medicareandyou@cms.hhs.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. A Medicare le interesa lo que usted piensa. No podremos responder a sus comentarios sobre el manual, pero consideraremos sus comentarios al escribir las versiones futuras.



¿Está Desperdiciando su Dinero?

¡Aproveche al Máximo los Beneficios de Medicare!

Responda a esta prueba para averiguar cómo mantenerse sano y ahorrar dinero.

1. ¿Con qué frecuencia le pregunta a su médico sobre los servicios preventivos de Medicare?

- A. Cada año
- B. Sólo cuando mi médico los menciona
- C. ¿Qué son los servicios preventivos?

Hable con su médico sobre los servicios preventivos y su historial médico familiar. Vea la página 104.

2. ¿Sabía usted que Medicare paga por la vacuna contra la gripe e influenza cada año?

- A. Sí, yo me vacuno contra la gripe e influenza cada año.
- B. Sí, a veces me vacuno contra la gripe e influenza.
- C. No. Yo no sabía que Medicare paga por esta vacuna.

Cuando visite a su médico, lleve consigo la lista de servicios preventivos. Vea la página 104.

3. ¿Cuándo compara sus opciones de cobertura de servicios médicos y de medicamentos recetados?

- A. Cada otoño
- B. A veces en el otoño
- C. Nunca

Consulte las páginas 105–111 de este manual (Medicare y Usted) para comparar los planes disponibles en su zona, y visite www.medicare.gov por Internet.

4. ¿Qué está haciendo para averiguar si hay un programa disponible que le ayude a ahorrar dinero con los gastos médicos de Medicare?
- A. He trabajado con gente de mi comunidad para analizar todos los programas que pueden ayudarme a ahorrar dinero.
 - B. Sé que existen programas que pueden ayudarme a ahorrar dinero pero aun no los he buscado.
 - C. No sabía que podía ahorrar dinero con mis gastos de Medicare.

Usted podría ahorrar dinero con los gastos de Medicare. Consulte las páginas 80–82 o llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al teléfono indicado en la contraportada interior del manual.

5. ¿Qué está haciendo para ahorrar dinero con los gastos de sus medicamentos recetados?
- A. Tengo la cobertura Medicare de recetas médicas o de otro seguro.
 - B. He averiguado sobre la ayuda adicional para pagar mis medicamentos recetados.
 - C. No sabía que podía ahorrar dinero en los gastos de mis medicamentos recetados.

Usted podría obtener la ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados. Vea las páginas 76–79, o llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778.

RESPUESTAS

La mayoría de las preguntas respondió "A"—¡Muy Bien!
La mayoría de las preguntas respondió "B"—¡Va por buen camino!
La mayoría de las preguntas respondió "C"—¡Medicare está para ayudarlo!

Si desea más información:

www.medicare.gov

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

PRSRT STD
POSTAGE & FEES
PAID CMS
PERMIT NO. G-28

Asunto Oficial
Penalidad por uso privado, \$300

CMS Publicación No. 10050-S
Enero 2008

Manual Nacional de Medicare

- www.medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY 1-877-486-2048
- Other versions available: Spanish, Braille, Audiotape, Large-Print
- New address? Call Social Security at 1-800-772-1213. TTY users should call 1-800-325-0778.
- Otras versiones disponibles: Español, Audiocasete, Letra-Grande
- ¿Nueva dirección? Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.



10% Recycled paper

