Nota: Este módulo de entrenamiento provee una introducción al programa de Medicare para personas que son, o serán elegibles para Medicare.

Bienvenido a Medicare! Esta corta presentación le ofrece una información simple a cerca del programa de Medicare y le dará a conocer donde obtener mas información.

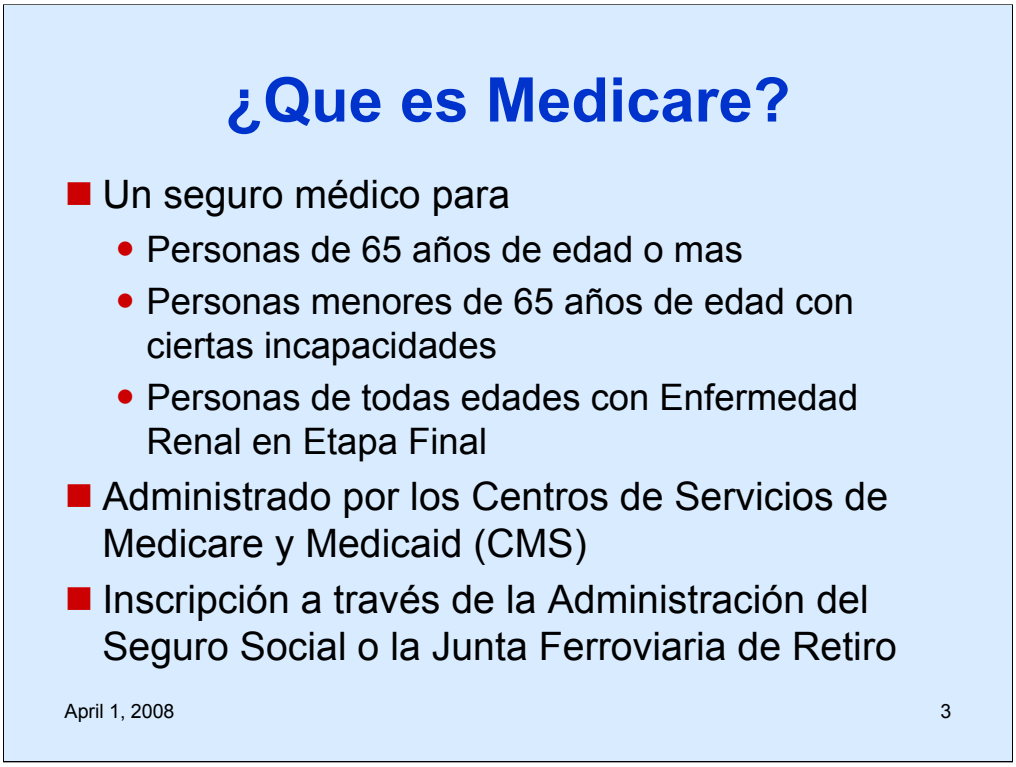
Nota: Este módulo de entrenamiento fue desarrollado y aprobado por Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), la agencia federal que administra Medicare y Medicaid. La información de este módulo fue correcta al momento de imprimir (marzo 2008).

Esta colección de materiales del Programa de Entrenamiento Nacional de Medicare no es un documento legal. Las provisiones del programa oficial de Medicare están contenidas en leyes, reglamentos y normas correspondientes.

Para investigar la información actualizada de este modulo de entrenamiento, visite ***www.cms.hhs.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp*** en internet.

Después de un pequeño resumen, cubriremos información acerca de:

- Resumen de Medicare
- Medicare
- Seguro Suplementario a Medicare (Medigap)
- Plan Medicare Advantage y otros Planes de Salud de Medicare
- Cobertura de Medicare para Recetas Médicas
- Programa de Medicaid y programas de ahorros de Medicare



Medicare fue creado por el Congreso en 1965. Es un programa de seguro médico para:

- Personas de 65 años o mas
- Algunas personas con incapacidades que han estado recibiendo beneficios de incapacidad del Seguro Social por cierta cantidad de tiempo (24 meses en la mayoría de los casos)
- Personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (fallo permanente del riñón que requiere diálisis o un trasplante)

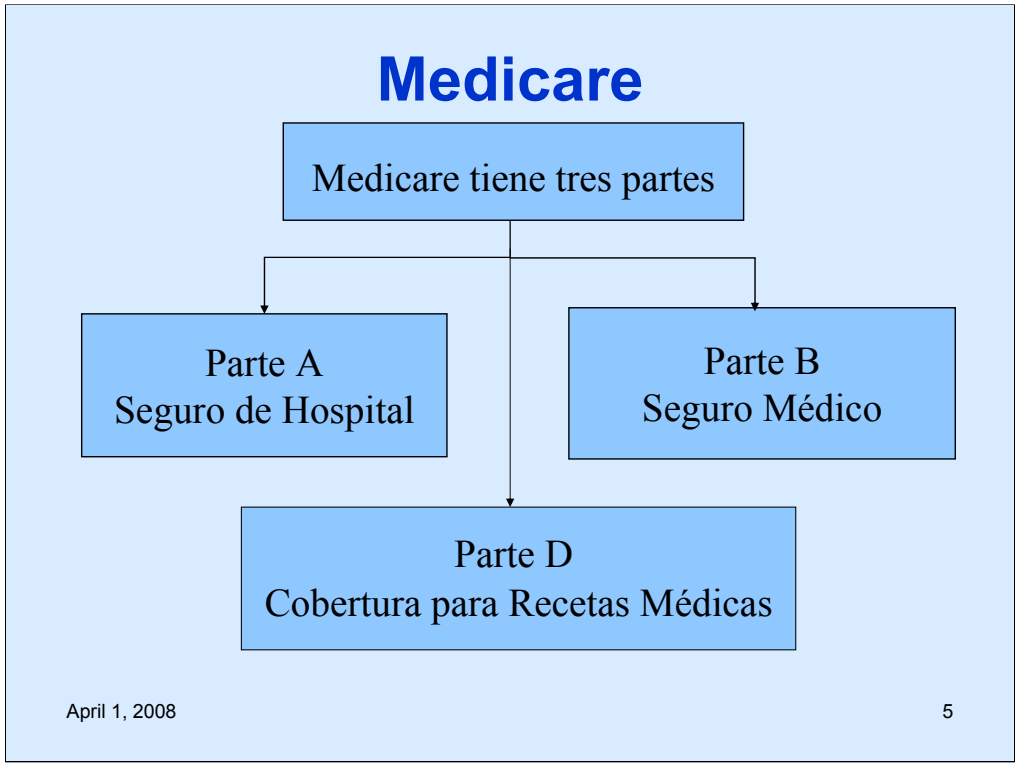
El Presidente Lyndon Johnson firmó el proyecto de ley de Medicare/Medicaid el 1 de julio de 1965. Medicaid entró en vigor el 1 de enero de 1966, y Medicare el 1 de julio de 1966. Medicare es el programa de seguro médico más grande del país, y actualmente cubre a casi 43 millones de norteamericanos.

Mientras que Medicare y Medicaid es administrado por CMS, la Administración del Seguro Social es responsable de inscribir a la mayoría de las personas en Medicare. La Junta de Retiro Ferroviario es responsable de inscribir a los jubilados del ferrocarril en Medicare.

El Seguro Social le aconseja a la gente que solicite los beneficios de Medicare 3 meses antes de la edad de 65. Usted no tiene que estar jubilado para inscribirse en Medicare. La edad de retiro para recibir beneficios completos del Seguro Social esta aumentando gradualmente hasta la edad de 67 años, pero usted puede recibir Medicare a la edad de 65 años.

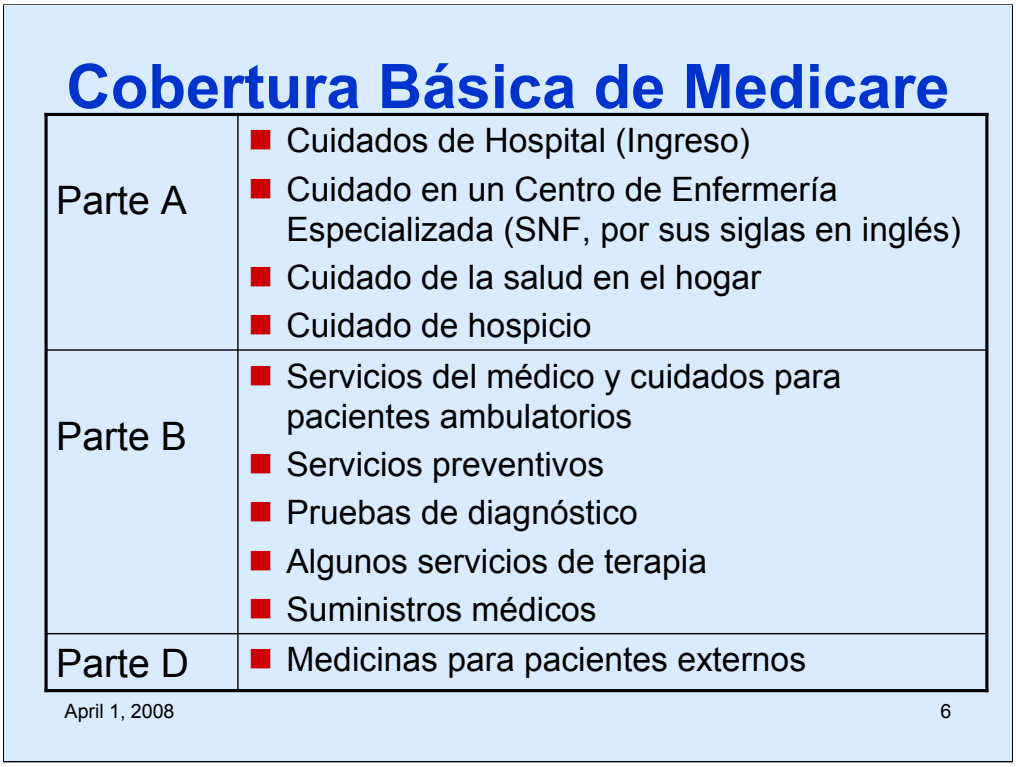
Los beneficios de Medicare pueden comenzar no antes de la edad de 65 excepto para ciertas personas con incapacidades o Enfermedad Renal en Etapa Final.

Si usted ya está recibiendo Seguro Social, automáticamente quedará inscrito en Medicare sin necesidad de hacer una solicitud adicional. Usted recibirá una tarjeta de Medicare y otra información unos 3 meses antes de cumplir 65 años de edad o en el mes 25 de su incapacidad.



Medicare tiene tres partes — Parte A, Seguro de Hospital, y Parte B, Seguro Médico, el cual ayuda a pagar por servicios de doctores y servicios de pacientes ambulatorios.

Medicare también tiene cobertura para recetas médicas. Algunas veces se le llama Parte D.

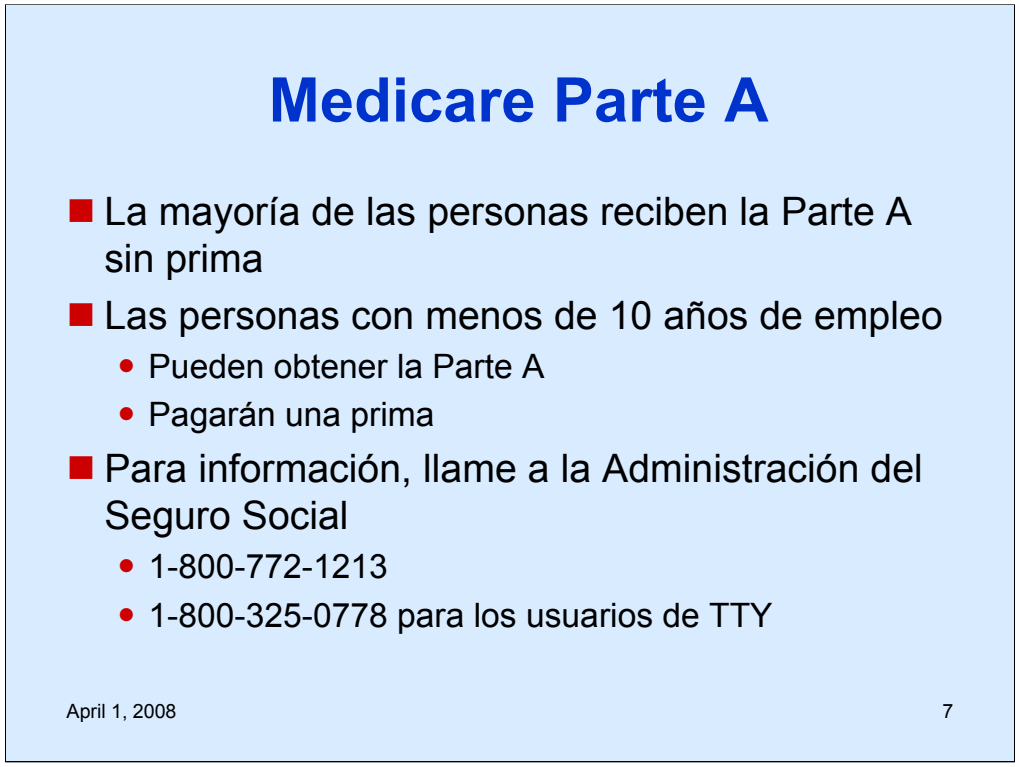


La Parte A de Medicare, le ayuda a pagar por su ingreso en un hospital, hospitales de acceso crítico, y centros de enfermería especializada (no paga por el cuidado de custodia o cuidado a largo plazo). También ayuda a pagar por el cuidado de hospicio, y cierto tipo de cuidado en el hogar. Para obtener estos beneficios, debe cumplir con ciertos requisitos.

La Parte B ayuda a pagar por los servicios del médico, el cuidado para paciente ambulatorio, servicios preventivos, pruebas de diagnóstico, algunos servicios de terapia, y suministros médicos tales como sillas de ruedas y andadores.

La cobertura de recetas médicas de Medicare ayuda a pagar por medicinas para pacientes externos.

Hablemos ahora sobre la Parte A y B de Medicare.



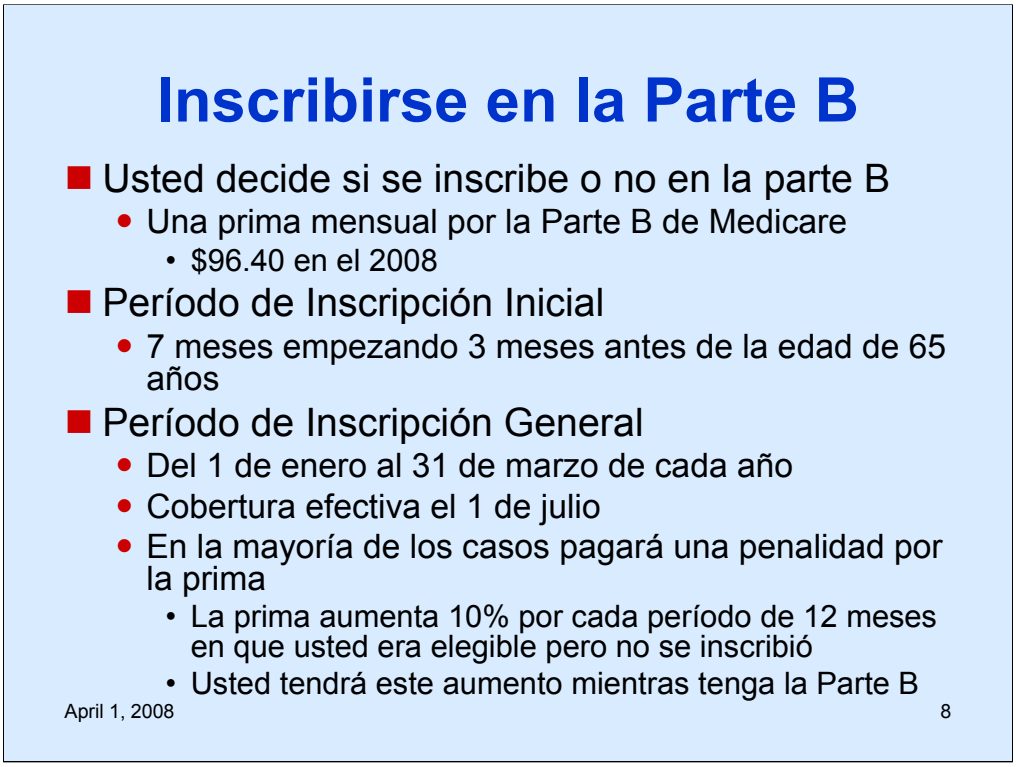
La mayoría de los beneficiarios no tienen que hacer un pago mensual (prima) por la Parte A de Medicare porque ellos o su cónyuge pagaron impuestos de Medicare o de FICA mientras estuvieron trabajando. (FICA significa Ley de Contribuciones de Seguro Federal, son los impuestos que se retienen de su salario o que usted paga de sus ingresos de trabajo por cuenta propia, que funda los programas Seguro Social y Medicare.)

Si usted o su cónyuge no pagaron impuestos de Medicare mientras estuvieron trabajando, o si usted o su cónyuge no trabajaron el tiempo suficiente (10 años en la mayoría de los casos) en empleo cubierto por Medicare para calificar para la Parte A de Medicare sin prima, tal vez todavía pueda obtener la Parte A de Medicare. Sin embargo, usted tendrá que pagar una prima mensual. La cantidad de la prima depende de cuánto tiempo haya trabajado en un empleo cubierto por Medicare.

Si usted trabajó menos de siete años y medio en un empleo cubierto por Medicare, usted pagará una prima más alta que si hubiera trabajado entre siete años y medio y diez años en un empleo cubierto por Medicare. La Administración del Seguro Social determinará si usted tiene que pagar una prima por la Parte A.

Para el 2008, las primas son $423 al mes para las personas que no han trabajado por lo menos siete años y medio, o $233 para las que trabajaron por lo menos siete años y medio pero menos de 10.

Para información sobre la elegibilidad, inscripción o primas de la Parte A de Medicare, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 ó 1-800-325-0778 para los usuarios de TTY.



Usted decide si se inscribe o no en la parte B (Seguro Medico) Usted paga una prima mensual por la Parte B de Medicare, que es $96.40 en el 2008.

Nota: Comenzando el 1 de enero del 2007, algunas personas pagan una prima más alta de acuerdo a su ingreso bruto ajustado. Su prima mensual será más alta si es soltero/a (presenta una declaración de impuestos individual) y su ingreso anual es más de $80,000, o si está casado (presentan una declaración de impuestos conjunta) y el ingreso anual es más de $160,000. Estas cantidades cambian cada año. La mayoría de las personas se mantendrán pagando la prima estándar de la Parte B.

Esta prima puede ser más alta si usted no escogió la Parte B cuando se hizo elegible por primera vez. El costo de la Parte B de Medicare puede aumentar 10% por cada período de 12 meses que usted pudo haber tenido la Parte B pero que no la tomó. Una excepción sería si usted y su cónyuge siguen empleados y usted está cubierto por un plan de salud grupal por virtud de este empleo. En ese caso, usted puede retrasar su inscripción a la Parte B sin una multa.

Usted puede inscribirse para la Parte B en cualquier momento durante el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de que usted cumpla 65. Esto se llama Período de Inscripción Inicial (IEP, por sus siglas en inglés).

Si no escoge la Parte B al ser elegible a los 65 años de edad, usted se puede inscribir durante el Período de Inscripción General (GEP, por sus siglas en inglés). Este período dura del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, con una cobertura efectiva al 1 de julio de ese año.

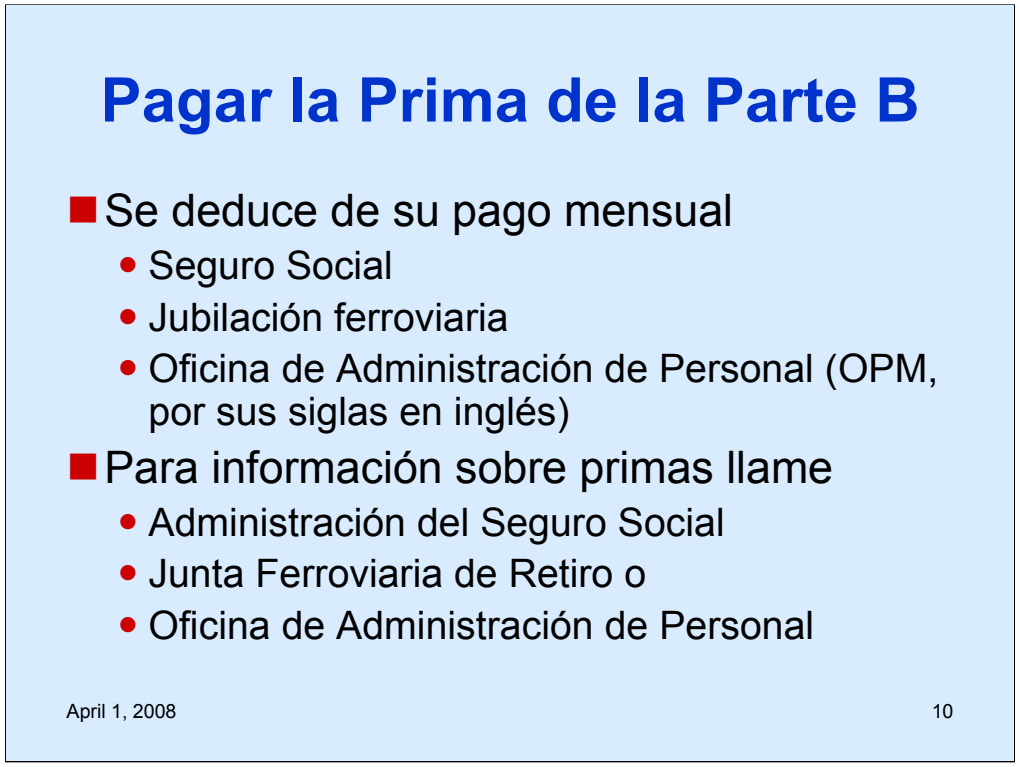
Si usted espera para inscribirse después que es elegible para obtener la Parte B usted también tendrá que pagar una penalidad en su prima de un 10% por cada período de 12 meses que usted hubiera podido tener la Parte B pero que no la tomó, excepto en casos especiales. En la mayoría de los casos, usted tendrá que pagar esta penalidad mientras tenga la Parte B.

Inscribirse en la Parte B de Medicare

- Algunas personas pueden posponer la inscripción en la Parte B sin pagar penalidad
  - Cobertura grupal a través del empleador o sindicato
    - Basado en cobertura suya o de su cónyuge
    - Obtendrá un Período de Inscripción Especial (SEP)
      - Inscríbase dentro de los 8 meses de que termine la cobertura del plan grupal del sindicato o empleador

April 1, 2008 9

Si no tomó la Parte B cuando fue primeramente elegible porque usted o su cónyuge estaban trabajando y tenían cobertura grupal a través del empleador o de un sindicato, usted puede inscribirse a la Parte B durante el Período de Inscripción Especial. Las personas que se inscriben en la Parte B durante el Período de Inscripción Especial no tienen que pagar primas más altas. Usted puede inscribirse en la Parte B en cualquier momento mientras siga cubierto por el plan de salud grupal de su empleador o sindicato, a través de su empleo actual o del de su cónyuge o durante los 8 meses siguientes al mes en que la cobertura del plan grupal del empleador o del sindicato termine, o cuando el empleo termine (lo que sea primero).



Si usted elige inscribirse en la Parte B de Medicare, la prima se deduce automáticamente de su pago del Seguro Social o de su Jubilación del Ferrocarril. Si usted es un jubilado del gobierno federal, usted podría deducir la prima de su cheque de jubilación.

Para información sobre sus primas de la Parte B de Medicare, llame a la agencia que le inscribió en Medicare o a la Oficina de Administración de Personal si usted es un empleado federal jubilado.

Si usted no recibe ninguno de los pagos anteriores, Medicare le envía una factura por la prima de la Parte B de Medicare cada 3 meses. Usted podrá hacer su pago con tarjeta de crédito, cheque, o giro postal.

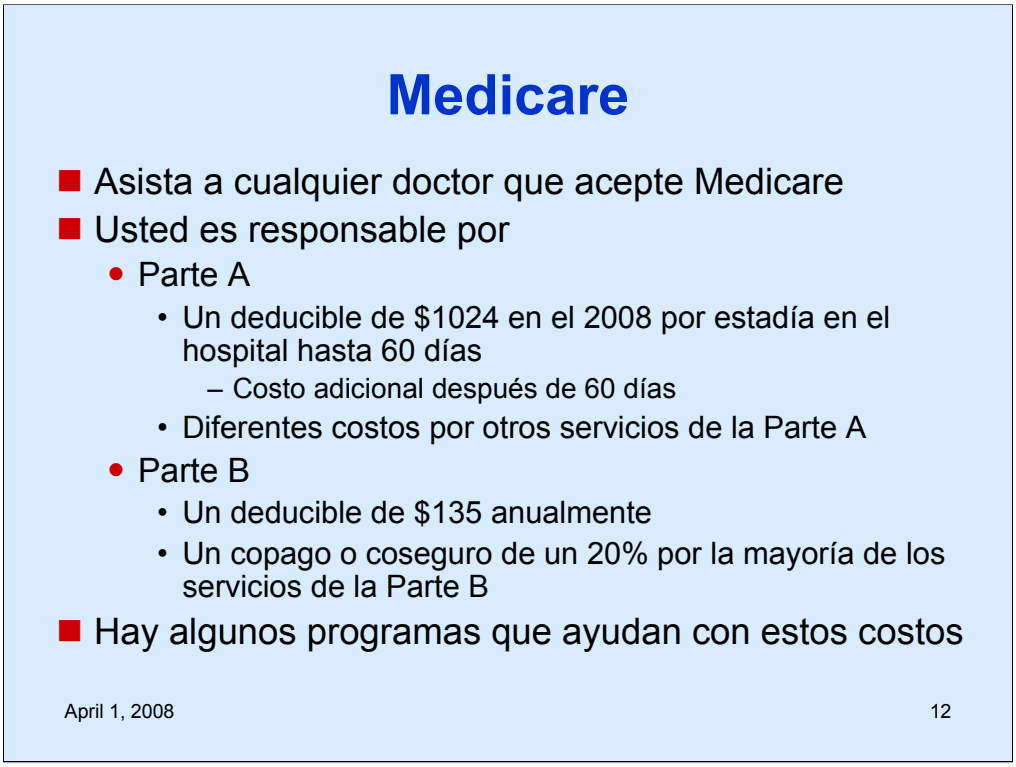
También puede elegir que deduzcan automáticamente su prima de la Parte B de su cuenta bancaria usando la opción Pago Fácil. (Usted también puede usar Pago Fácil si paga una prima por la Parte A.) Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir una Forma de Autorización para Pago Fácil de Medicare.

Acabamos de hablar acerca de que servicios Medicare cubre, y como inscribirse en Medicare Parte A Y Parte B. En breves minutos hablaremos sobre come inscribirse en los Planes de Medicare para Recetas Médicas. Las personas con Medicare pueden tener cobertura de salud de diferentes maneras. El plan que usted escoja afectara su costo, beneficios, y conveniencia, y sus opciones en doctores, hospitales y farmacias. Independientemente de como usted decida recibir sus cuidados de salud de Medicare usted se mantendrá el programa de Medicare .

Medicare está disponible a través de la nación. También se conoce como "Pago-por-Servicio." Hablaremos de esto en más detalle en unos minutos. Sin embargo, hay otras formas además de Medicare para que las personas puedan obtener su cobertura de salud.

Medicare Advantage permite a más compañías de seguros privadas poder ofrecer cobertura a personas con Medicare. Hay varios tipos de planes Medicare Advantage así como también hay otros tipos de planes de Medicare (Usted posiblemente haya oído decir que el Medicare Advantage se llama Parte C)

Algunas personas reciben planes de recetas médicas de Medicare a través de planes Medicare Advantage, y otros planes de salud de Medicare. También existen planes de recetas médicas de Medicare que añaden cobertura de Medicare y algunos otros planes de Medicare.



Con Medicare, usted puede ir con cualquier doctor, especialista, hospital u otro proveedor del cuidado de la salud que acepte Medicare.

La mayoría de las personas en Medicare no pagan una prima por la Parte A, sin embargo tienen que pagar un deducible por estadías como pacientes internos en el hospital. El deducible es la cantidad que usted paga por cuidados de salud antes que Medicare comience a pagar. Hay un deducible de $1024 en el 2008 por estadías en un hospital hasta 60 días, y costos mas altos por estadías mas largas. Los costos son diferentes por otros servicios de la Parte A.

Por la Parte B usted paga una prima mensual (96.40 en el 2008) y el deducible de la Parte B, el cual es $135 en el 2008. Esto significa que usted pagará $135 de la cantidad aprobada por los servicios médicos de la Parte B antes de que la Parte B de Medicare comience a pagar por los cuidados. Si usted necesita sangre usted deberá pagar las tres primeras pintas.

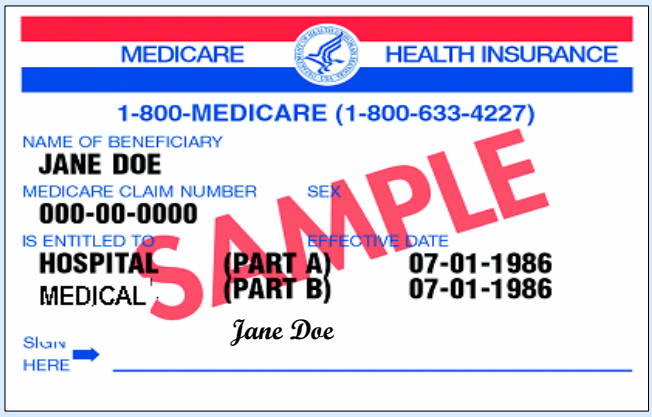
Estas cantidades pueden cambiar cada año.

Usted también paga una algunos copagos y coseguros por los servicios de la Parte B. La cantidad varia depende en los servicios que reciba, pero en la mayoría de los casos es un 20%.

Después de que usted reciba los servicios de salud, usted recibirá por correo una carta indicando lo que se cubrió, esto se llama un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés). Este aviso enumera los servicios que usted recibió, lo que se cobró, lo que pagó Medicare y cuánto debe pagar usted.

Si usted tiene cobertura de otros seguros de salud, tales como un plan de un pasado empleo, el cual puede que pague algunos o todos estos costos. En breves minutos hablaremos sobre pólizas de seguro privadas llamadas Medigap que también pueden ayudar con estos costos. Si usted no puede pagar estos costos, existen otros programas que pueden ayudar, de los cuales hablaremos mas adelante.

Su Tarjeta de Medicare



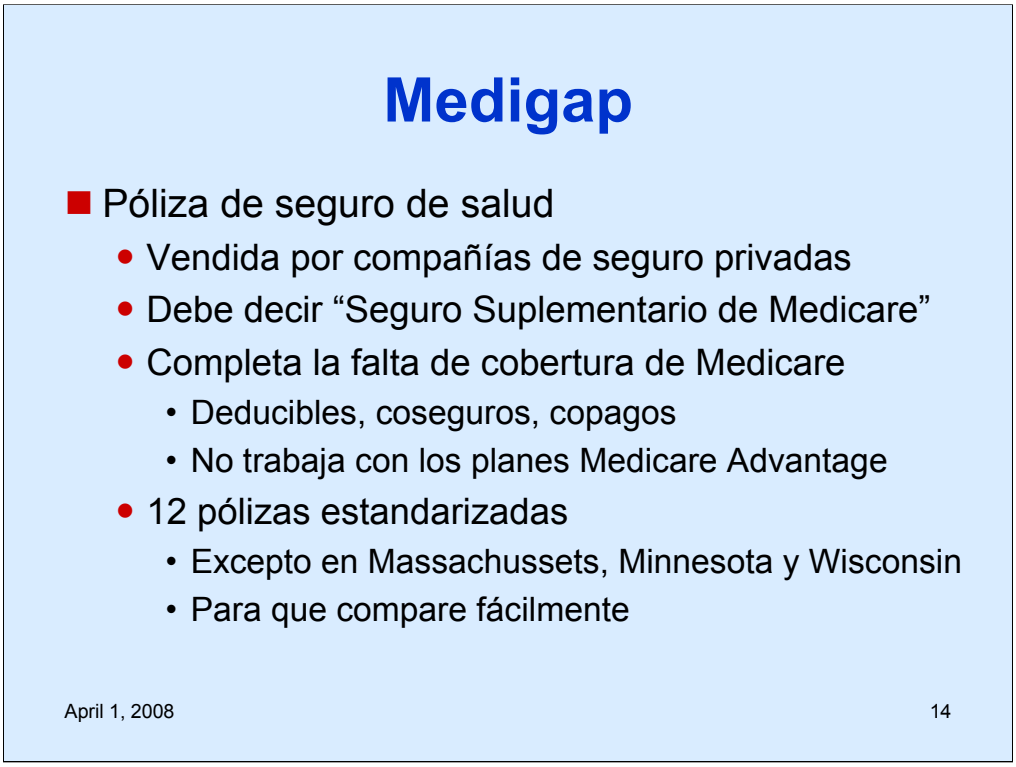
April 1, 2008 13

Cuando usted se inscribe en Medicare, usted recibe una tarjeta azul, blanca y roja de Medicare. La tarjeta muestra la cobertura de Medicare (Parte A Seguro de Hospital y/o Parte B Seguro Médico) y la fecha efectiva en que comienza su cobertura. Usted usará su tarjeta de Medicare cuando reciba cuidados de salud y suministros médicos. Si usted es parte de un plan Medicare Advantage, otro plan de salud de Medicare, o un plan de recetas medicas de Medicare, el mismo le enviará su propia tarjeta de membresía para que usted la utilice cuándo reciba servicios o suministro de salud.

Su tarjeta de Medicare también muestra su número de reclamación de Medicare. Generalmente su número de reclamación tiene nueve números y una letra. También puede haber un número o letra después de la primera letra. El número de nueve dígitos (que puede ser el suyo) indica el registro del Seguro Social que tiene su Medicare. La letra o letras y los números indican su relación con el número del titular de ese registro. Por ejemplo, si el número es suyo, la letra puede ser “A”, “T” o “M” dependiendo si usted tiene derecho tanto a beneficios de Medicare como del Seguro Social o sólo a Medicare. Si usted es cónyuge de un individuo con derecho a los beneficios, su letra puede ser una B. Si usted es jubilado del ferrocarril, los dígitos y letras aparecen antes del número de Seguro Social. Estas letras y números no tienen nada que ver con su derecho a la Parte A o la Parte B de Medicare.

Si alguna de la información en la tarjeta está incorrecta, la persona debe comunicarse con la Administración del Seguro Social o a la Junta Ferroviaria de Retiro si es que recibe beneficios de Medicare del Ferrocarril.

Recuerde proteger su tarjeta y número de Medicare como si fuera una tarjeta de crédito.



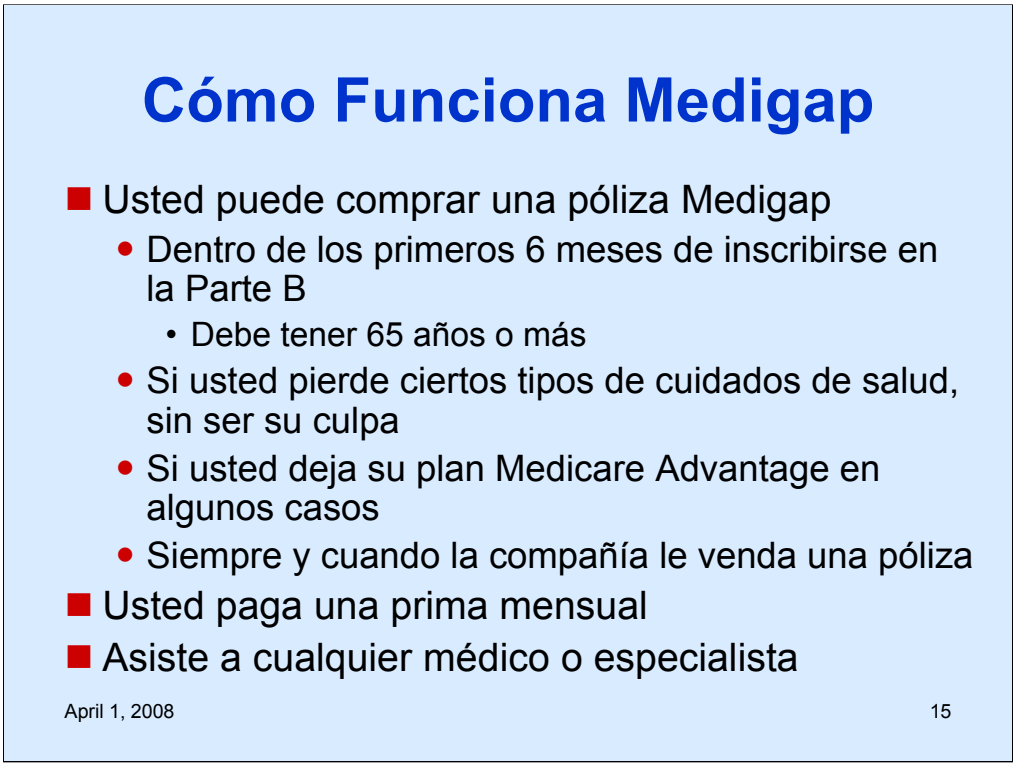
Ya hablamos sobre Medicare. Ahora hablaremos sobre Medigap

Medicare paga por muchos servicio y suministros para el cuidado de la salud, pero no paga todos sus costos del cuidado de la salud. Medigap es una póliza de seguro médico vendida por una compañía privada para completar las “faltas” de cobertura de Medicare tales como coseguro, copagos, y deducibles. Algunas pólizas Medigap también cubren beneficios que Medicare no cubre, como cuidado de la salud de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos.

Las compañías de seguro que venden estas pólizas deben cumplir con las leyes federales y estatales. Estas leyes le protegen. La parte de enfrente de una póliza Medigap debe identificarse claramente como un “Seguro Suplementario de Medicare.”

La póliza Medigap solamente trabaja con Medicare. Si usted se inscribe en un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, su póliza Medigap no puede pagar por cualquier deducible, copago, u otros que usted paga bajo su otro plan de salud de Medicare.

En todos los estados, excepto Massachussets, Minnesota y Wisconsin, una póliza Medigap debe ser uno de los 12 planes estandarizados para que los pueda comparar fácilmente. Cada plan tiene una serie de beneficios diferentes. Los beneficios en cualquier póliza Medigap desde la letra A hasta la letra L son iguales para todas las compañías de seguro. Es muy importante comparar las pólizas Medigap, debido a que el costo puede variar por la misma cobertura. (Nota: La compañías de seguro no están obligadas a ofrecer todos los planes Medigap) Cada compañía de seguro decide cuáles son las pólizas Medigap que desea vender y el precio de cada plan (con la revisión y aprobación del estado).



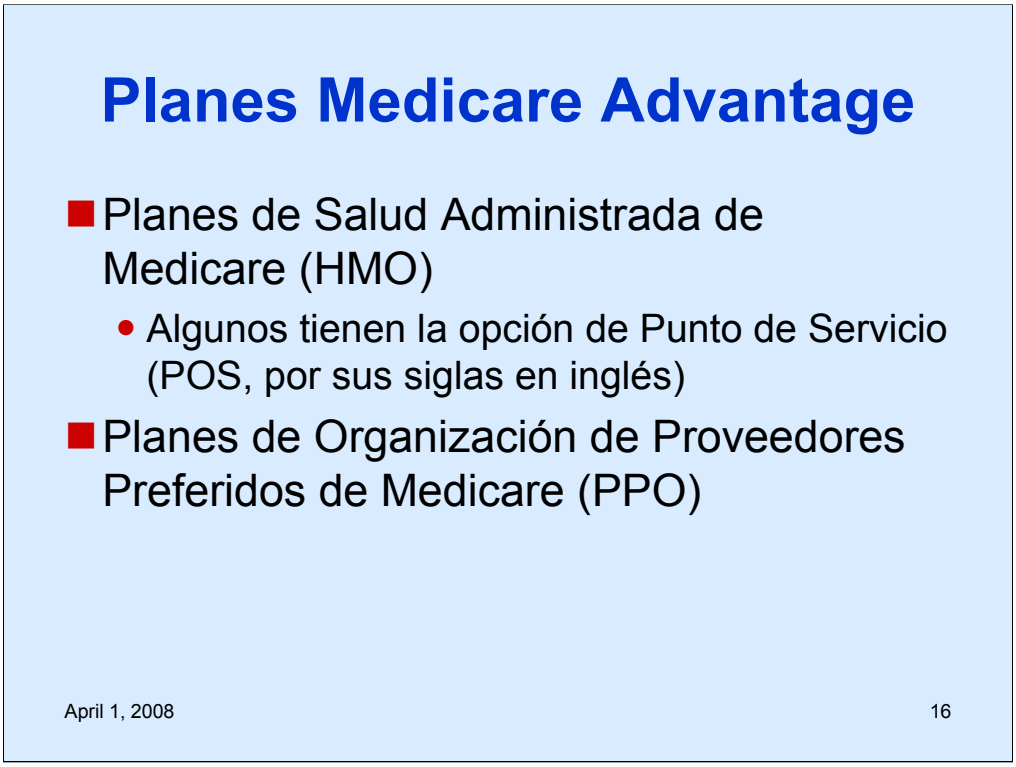
El mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el período de inscripción abierto de Medigap. Este período dura 6 meses. Comienza el primer día del mes en que usted cumpla 65 años o más, y esté inscrito en la Parte B de Medicare. Durante este periodo abierto de inscripción , usted tiene el derecho de comprar una póliza Medigap que se este vendiendo en su estado. (Algunos estados ofrecen protecciones especiales a personas menores de 65 años para comprar una póliza Medigap.

Usted puede comprar algunas pólizas Medigap si pierde ciertos tipos de cobertura de salud, sin ser su culpa. Por ejemplo, si su plan de salud grupal de empleador termina, si usted se muda fuera del área de servicios del plan, o, en algunos casos, si usted deja su plan Medicare Advantage. Usted también puede comprar una póliza Medigap, siempre y cuando una compañía de seguro le venda una, pero su historial de salud puede ser usado para decidir si usted puede comprar una póliza, y cuanto tendrá que pagar.

Nota: Usted no podrá comprar pólizas Medigap con cobertura para recetas médicas, por que, Medicare ahora ofrece cobertura para recetas médicas. Sin embargo, si actualmente usted tiene una póliza Medigap con cobertura para recetas médicas, usted puede mantenerla.

Usted paga una prima mensual a la compañía de seguro por su póliza Medigap, y usted también paga su prima mensual de la Parte B de Medicare ($96.40 en el 2008) Después que usted reciba servicios de salud, usted recibirá un sumario de beneficios de Medicare, y su compañía de Medigap le enviará información sobre cuanto la misma pagó.

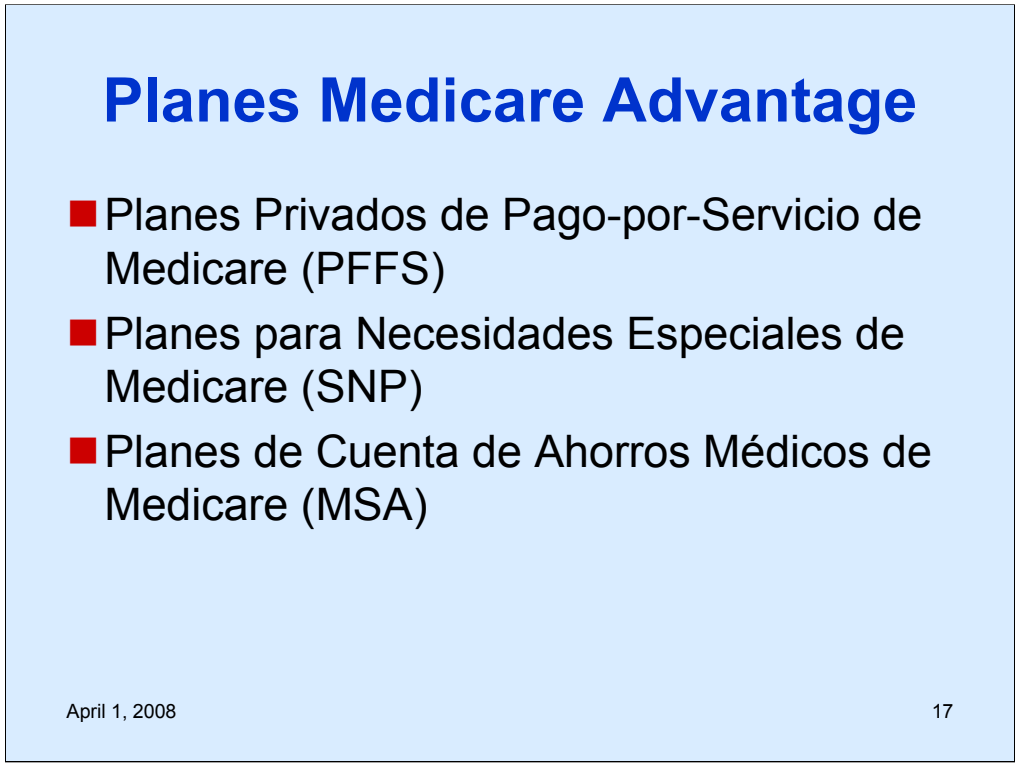
Para más información sobre las pólizas Medigap, visite www.medicare.gov por Internet, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia de Selección de una Póliza Medigap: Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare (publicación de CMS No. 02210-S).



Existen otras maneras en las que usted puede escoger en recibir sus beneficios de Medicare. Usted puede escoger inscribirse en un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare.

Hay cinco tipos de planes Medicare Advantage.

- Planes de Salud Administrada de Medicare (HMO)— En general , usted deberá obtener sus servicios de salud a través de médicos y hospitales que pertenezcan a la red del plan. Algunos Planes de Salud Administrada de Medicare ofrecen opciones de Punto-de-Servicio, lo cual le permite ir a otros doctores y hospitales que no forman parte del plan pero pudieran costar más.
- Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)— Funciona como un plan HMO y el mismo tiene una red de médicos y hospitales pero usted puede atenderse con proveedores de la salud que no pertenecen a la red para recibir los servicios cubiertos, pero por lo general tendrá que pagar más.



- Planes Privados de Pago-por-Servicios— Usted puede ver a cualquier doctor que acepte los términos del plan, y puede que obtenga beneficios adicionales. La compañía privada y no Medicare, es quien decide cuánto pagará y cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios que reciba.
- Planes de Necesidades Especiales de Medicare (SNP) Solamente algunos grupos de personas son elegibles para un Plan de Necesidades Especiales, incluyendo personas que viven en ciertas instituciones (como un asilo de ancianos), son elegibles para Medicare y Medicaid, y personas que padecen de una o más enfermedades crónicas o condiciones que podrían incapacitarlos. Estos planes solamente están disponibles en algunas áreas.
- Los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA por sus siglas en inglés)— Los mismos pueden ser ofrecidos en el 2008. Estos planes son similares a los Planes de Cuentas de Ahorros Médicos fuera de Medicare y tienen dos partes. La primera es un plan de salud Medicare Advantage con un deducible alto. Este plan no comenzará a pagar por los costos de salud hasta que usted haya pagado su deducible anual, el cual varía según el plan. La segunda parte es una Cuenta de Ahorros Médicos en la que Medicare deposita dinero que usted puede usar para pagar sus gastos de salud.

Hay otros tres tipos de planes Medicare:

- **Planes de Costo de Medicare –** Son un tipo de HMO, pero si se atiende con un proveedor que no pertenezca a la red del plan, los servicios estarán cubiertos por Medicare.
- **Demostraciones/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. Estos programas son para los beneficiarios de Medicare con enfermedades crónicas múltiples. Están diseñados para reducir los riesgos y mejorar la calidad de vida de los pacientes y proporcionar ahorros.
- **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. Estos programas, en algunos estados, son una opción combinada de Medicare y Medicaid.

Para obtener información mas actualizada y detallada sobre los programas de Medicare, incluyendo que planes están disponibles para usted visite www.medicare.gov por Internet o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Otros planes de salud de Medicare están disponibles para la mayoría de los beneficiarios de Medicare. Algunos no están actualmente disponibles en todos los estados. Para ser elegible a inscribirse en otro plan de salud de Medicare usted debe:

- Vivir en el área geográfica de servicio del plan o área de continuación
- Tener derecho a la Parte A y Parte B de Medicare.
- Continuar pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare. Sin embargo, algunos planes pueden ofrecer beneficios adicionales pagando parte de la prima mensual de la Parte B.
- Pagar una prima mensual extra al plan (si el mismo tiene una).
- No tener Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés) al momento de inscripción (hay algunas excepciones tales como, si usted desarrolla la enfermedad estando inscrito en un plan.

Hablemos más sobre cómo funcionan los planes Medicare Advantage.

En la mayoría de los Planes Medicare Advantage, usualmente usted obtiene todos sus servicios regulares cubiertos por Medicare bajo este plan. El plan puede que ofrezca beneficios adicionales, tales como, cobertura Medicare para recetas médicas y cobertura de servicios para la vista, los oídos, y cuidados dentales/o servicios de programas de salud y bienestar. Pueda que tenga que ver a un doctor que participe en el plan o ir a ciertos hospitales para recibir estos servicios.

Usted deberá pagar otros costos (como,los copagos y coseguros) por los servicios que usted reciba. Estos costos pueden ser diferentes a los costos de Medicare.

Si usted se inscribe en un plan Medicare Advantage, es importante conocer que:

- Aun está en el programa de Medicare
- Aun obtiene todos sus servicios regulares cubiertos por Medicare bajo la Parte A y la Parte B
- Aun tiene derechos y protecciones de Medicare

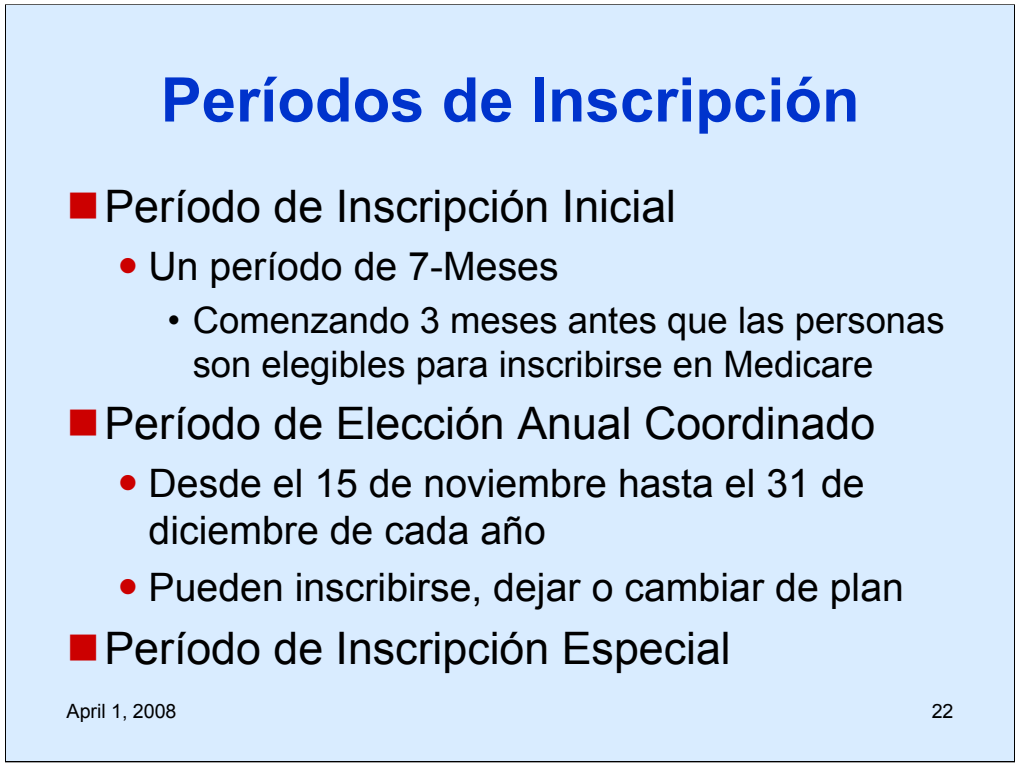
Actualmente todas las personas con Medicare pueden inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

Cualquier persona que tenga la Parte A de Medicare (seguro de hospital) y/o la Parte B (seguro médico) es elegible para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Usted debe vivir en el área del plan para recetas médicas para poderse inscribir. Usted deberá inscribirse en un plan para poder recibir la cobertura de Medicare para recetas médicas. Personas que viven fuera de los Estados Unidos o que están encarcelados no podrán inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) tiene contratos con compañías privadas que ofrecen los planes de Medicare para recetas médicas. Estas compañías trabajan con las compañías que fabrican los medicamentos para obtener precios mas bajos para las personas que están inscritas en sus planes.

Usted podría obtener cobertura de medicamentos recetados (Parte D) a través de planes Medicare Advantage, u otros planes de salud de Medicare si usted esta inscrito en uno. Algunos empleadores y sindicatos pueden ofrecer cobertura de recetas médicas para sus empleados y retirados, a través de un plan de salud grupal. (Nota: Un póliza Medigap con cobertura para recetas médicas no es una cobertura de Medicare para recetas médicas.)

Es importante que entienda que la cobertura de Medicare para recetas médicas no es automática. Aunque cualquier persona con Medicare puede obtener esta cobertura, usted deberá inscribirse en un plan para obtener la misma.



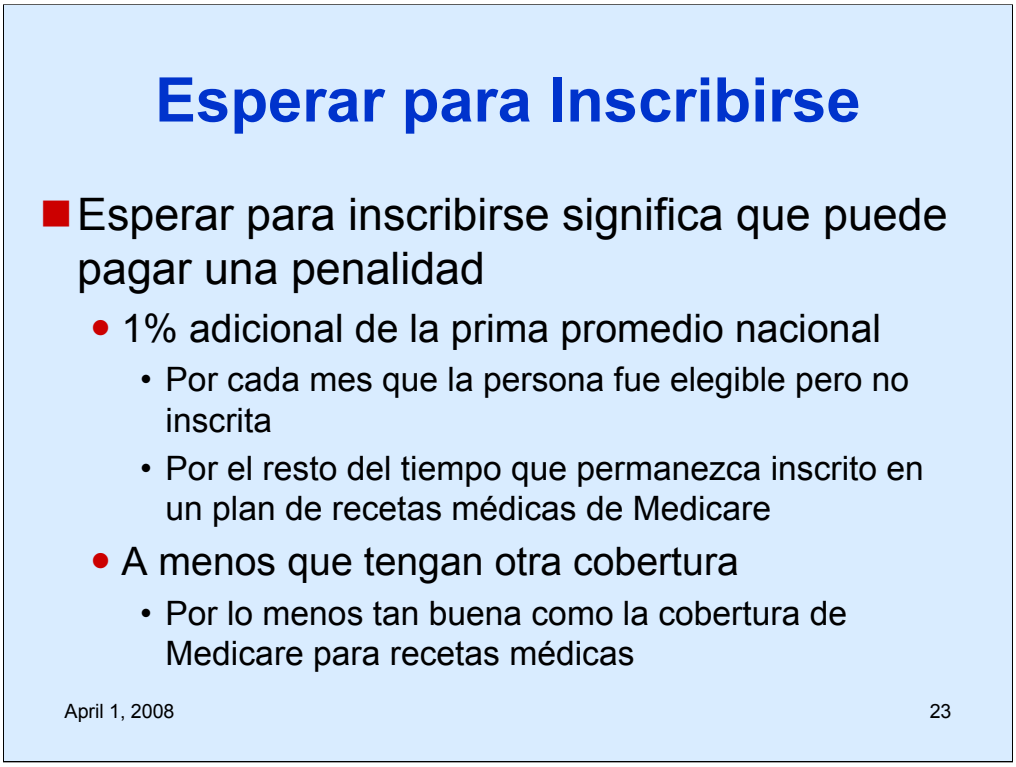
Por lo general, hay tres ocasiones en las cuales las personas pueden inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

El **Período de Inscripción Inicial** dura 7 meses, comenzando 3 meses antes que las personas son elegibles para inscribirse en Medicare.

Hay un **Período de Inscripción Anual** desde el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre de cada año. Aquellas personas que no se inscribieron en un plan de recetas médicas de Medicare pueden inscribirse durante el Período de Inscripción Anual, y aquellas personas que están inscritas en un plan de recetas médicas de Medicare pueden dejar o cambiar de plan. El cambio será efectivo en enero 1 del siguiente año.

Existen situaciones especiales las cuales le dan a las personas un **Período de Inscripción Especial**, tales como, mudarse permanentemente fuera del área de servicios del plan, o mudarse para o desde una institución de cuidados a largo plazo (como un hogar de ancianos). El tiempo que usted tiene para hacer cambios puede variar dependiendo de la razón por la cual usted tiene un Período de Inscripción Especial.

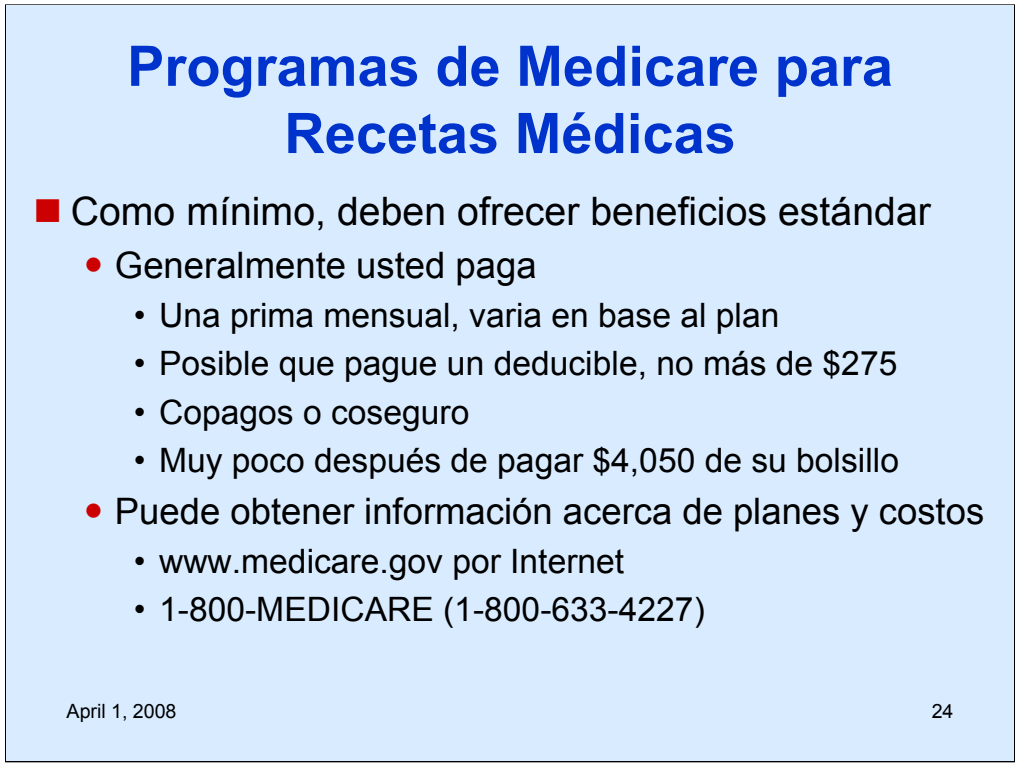
Algunas personas pueden inscribirse o cambiarse de plan en cualquier momento. Este es el caso de las personas que califican para la ayuda adicional con sus costos de medicamentos y aquellos que viven en instituciones de cuidados a largo plazo, como un hogar de ancianos. (Comenzando en junio del 2007, todas las personas que califiquen para la ayuda adicional tienen este Período de Inscripción Especial continuo. Previamente, este era el caso para algunas personas con ayuda adicional. Hablaremos acerca de esta ayuda adicional en breves minutos.



Si usted no se inscribe en el plan de Medicare para recetas médicas durante el Período de Inscripción Inicial, puede que tenga que pagar una penalidad si lo hace mas adelante.

En la mayoría de los casos, si usted no se inscribe en un plan durante el Período de Inscripción Inicial, su prima aumentará 1% de la cantidad promedio de la prima nacional por cada mes que espere en inscribirse. Usted tendrá que pagar esta penalidad por todo el tiempo que tenga dicho plan.

La penalidad no aplica si usted tiene otra cobertura que en promedio, sea tan buena como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. Algunos ejemplos incluyen, cobertura ofrecida por el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), TRICARE, o del Programa de Beneficios para Empleados Federales (FEHB) y otros tipos de cobertura de su empleador o sindicato.

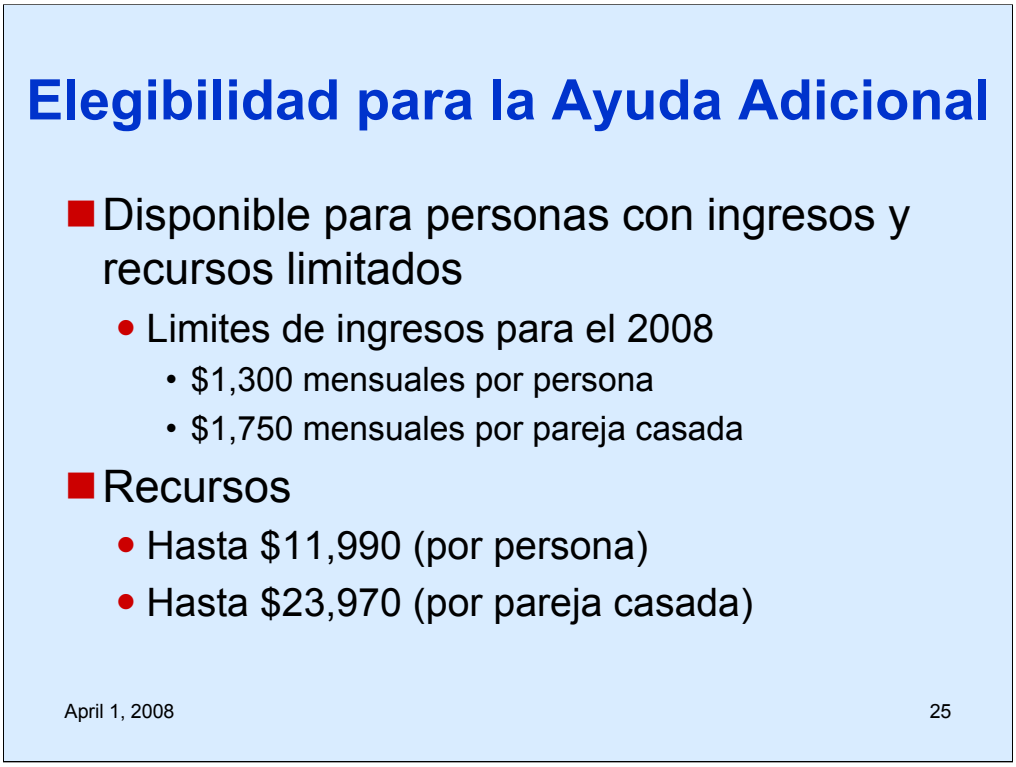


Los costos varían dependiendo del plan que usted escoja. Los planes deben tener un nivel de cobertura estándar (mínima) . Los planes pueden ofrecerle cobertura y medicamentos adicionales, pero pueden aumentarle la prima mensual. Usted puede informarse sobre el costo y la cobertura actual de los planes de Medicare para recetas médicas visitando www.medicare.gov por Internet. O, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

En general las personas inscritas en el 2008 pagarán

- Una prima mensual. Algunos planes no tienen primas mensuales. Otros tienen primas más altas que lo normal pero pudieran cubrir más.
- Deducible. Esto es el costo anual que una persona paga por sus recetas médicas antes que el plan empiece a pagar su parte. Algunos planes ofrecen deducibles de $0 (normalmente por una prima más alta). Ningún plan puede tener un deducible más alto de $275.
- Copago/Coseguro. Esto es la cantidad que una persona paga por sus medicinas recetadas después de cumplir con el deducible. En algunos planes, el copago (una cantidad fija) o coseguro (un porcentaje del costo) es igual por cualquier receta médica. En otros planes pudiera haber niveles o gradas con costos distintos. La cantidad que usted paga puede variar dependiendo de cuanto usted ha gastado ese año. Durante el año puede que usted llega al punto de pagar un 100% de coseguro, a esto se le llama “período sin cobertura”. Existen planes que usted puede escoger en los cuales usted no tendrá el llamado “período sin cobertura” o, que paguen por algunos medicamentos durante este período.

Cuando usted haya gastado $4,050 de su bolsillo en costos de medicinas recetadas durante el año 2008, el plan pagará todos los costos restantes menos un 5% . Esta se le conoce como cobertura catastrófica, y pudiera empezar aun más pronto en algunos planes. Todos los planes deberán ofrecer la cobertura catastrófica. Estas cantidades pueden cambiar todos los años.



Ya hemos hablado de cómo todas las personas con Medicare pueden obtener la cobertura de Medicare para recetas médicas. Muchas personas con ingresos y recursos limitados obtendrán ayuda **adicional** para pagar por sus recetas médicas.

Ayuda adicional está disponible para todas las personas con ingresos menos del 150% del nivel de pobreza federal y recursos limitados. Los limites de ingresos para el 2008 es $1,300 por una persona soltera o, $1,750 mensuales por una pareja casada.

Medicare cuenta el ingreso del solicitante y el de su cónyuge que vive en el mismo hogar, sin importar si el cónyuge está solicitando la ayuda adicional o no. Los limites pueden ser mayores si usted vive en Alaska o Hawai o si tienen parientes que vivan con él/ellos y cuentan en él/ellos de por lo menos la mitad de su apoyo.

Los recursos también se cuentan para el solicitante y su cónyuge si vive con él o ella. Los recursos limites para una persona soltera es $11,990, y $23,970 para una pareja casada.

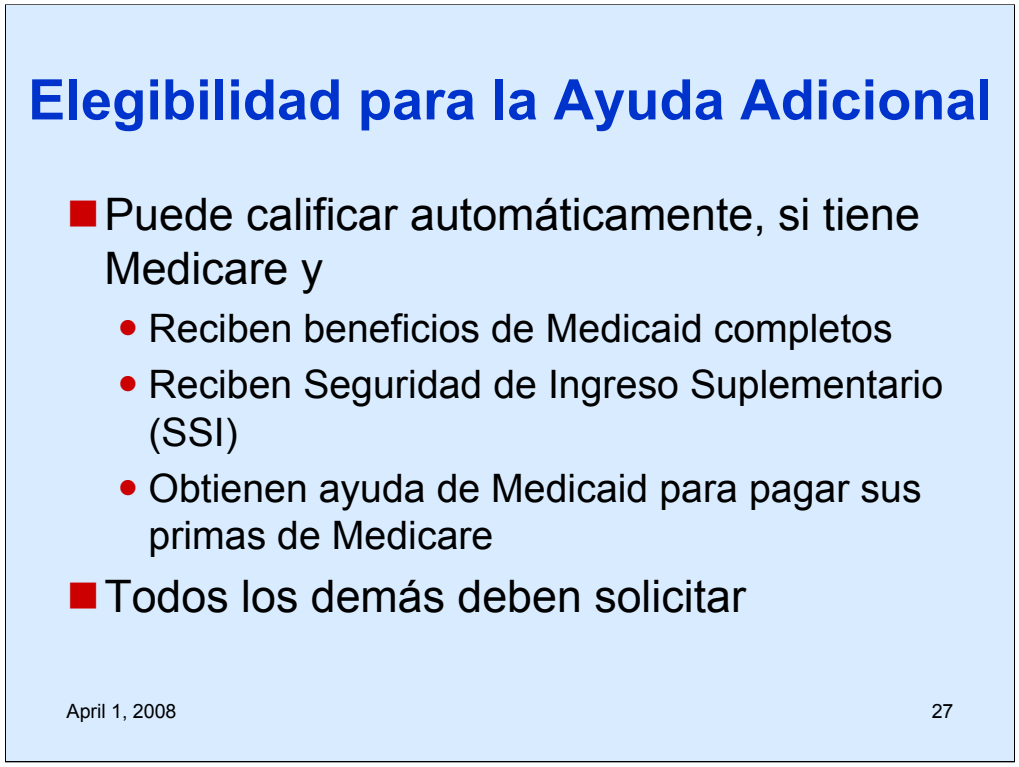
Solo dos tipos de recursos se consideran:

- Recursos líquidos (por ejemplo cuentas de ahorros, acciones, bonos y otros activos que se pudieran convertir en efectivo en 20 días) y
- Bienes raíces que no incluyan el hogar del solicitante ni la propiedad en donde se encuentra la casa.

Ayuda Adicional Con Los Costos De Medicinas

- Personas con ingresos y recursos más bajos
  - No pagan deducibles ni primas
  - Tienen copagos pequeños o no pagan nada
- Aquellas con ingresos y recursos un poco más altos
  - No pagan o pagan una prima reducida
  - Tienen deducibles reducidos
  - Pagan un poco más de sus bolsillos

Las personas con los ingresos más bajos no pagarán primas ni deducibles y tendrán copagos pequeños o no pagaran nada. Aquellos con ingresos y recursos bajo el nivel de pobreza federal ahorraran en promedio sobre un 95%. Aquellas personas de ingresos un poco más altos tendrán deducibles reducidos y pagarán un poco más de sus bolsillos.

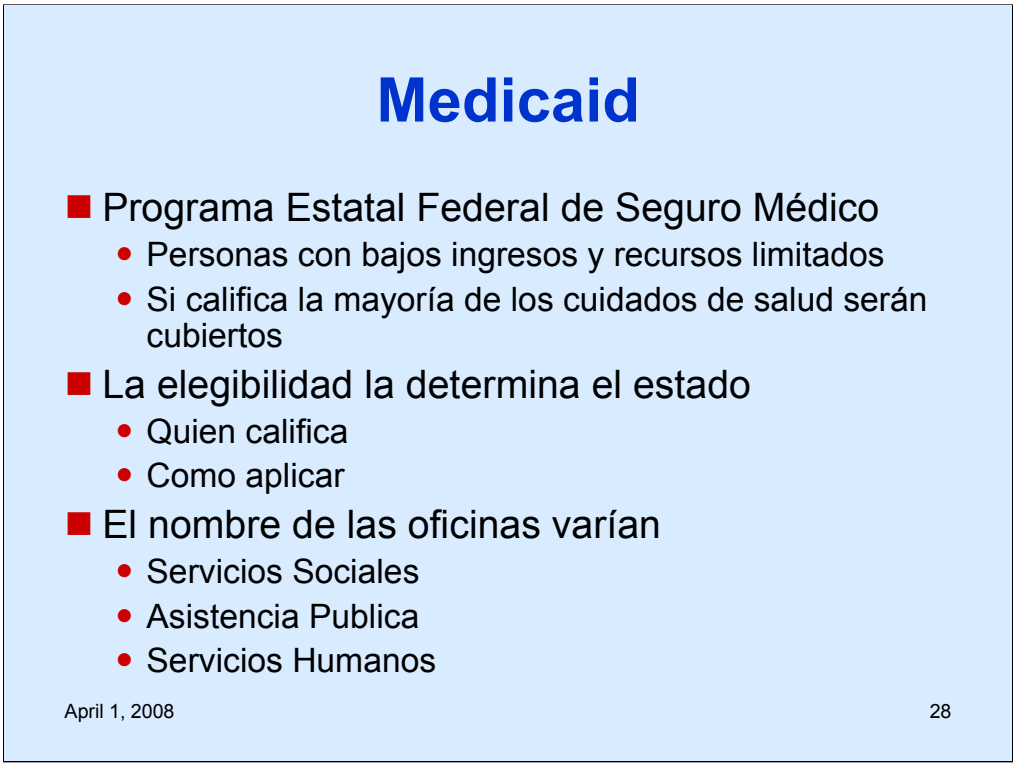


Ciertos grupos de personal califican automáticamente para la ayuda adicional y no tendrán que solicitarla. Se incluyen:

- Personas con Medicare y beneficios de Medicaid completos (incluyendo cobertura para recetas médicas)
- Personas con Medicare que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
- Personas que obtienen ayuda de Medicaid para pagar sus primas de Medicare (Programas de Ahorros de Medicare)

Si usted no es parte de estos grupos, usted debe aplicar en la Oficina de Administración del Seguro Social, o en la Oficina Estatal de Asistencia Médica para ver si usted califica para la ayuda adicional.

Si califica, usted necesita inscribirse en un plan para recibir la ayuda adicional para pagar por sus costos de recetas médicas . Si usted no se inscribe en un plan por si mismo, Medicare lo inscribirá en un plan para asegurarse que usted tiene cobertura. Medicare le enviará una carta avisándole cuál es el plan y cuándo comienza su cobertura.



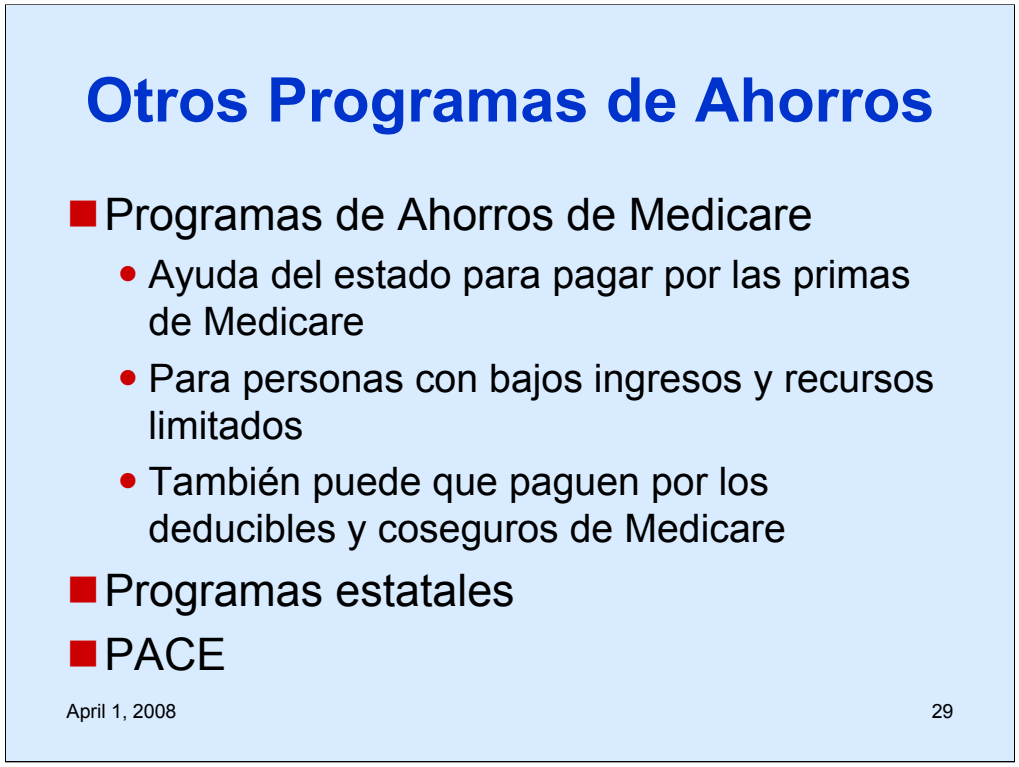
Ahora hablaremos acerca de algunos programas que pueden ayudar a las personas a ahorrar con sus gastos de cuidados de salud.

Medicaid es un programa de seguro de salud administrado por el Estado y fundado en conjunto con el programa de seguro de salud Estatal-Federal para personas de ingresos y recursos limitados. Puede cubrir niños, ancianos, ciegos, y/o personas con incapacidades. También puede cubrir a las personas elegibles para recibir pagos de mantenimiento de ingresos de ayuda federal. La elegibilidad de Medicaid se determina por cada estado y los procesos de solicitud y beneficios de Medicaid varían de estado a estado.

Cada estado determina quien es elegible para recibir Medicaid, como las personas deben aplicar, y cuanta ayuda recibirán. Para ver si califica, usted necesita contactar su Oficina Estatal de Asistencia Médica. El nombre de la oficina puede variar en cada estado.

Para aplicar por Medicaid en este estado [Nombre del Estado], usted debe comunicarse con [Nombre de la Agencia].

(El instructor debe añadir el nombre del estado y la agencia.)



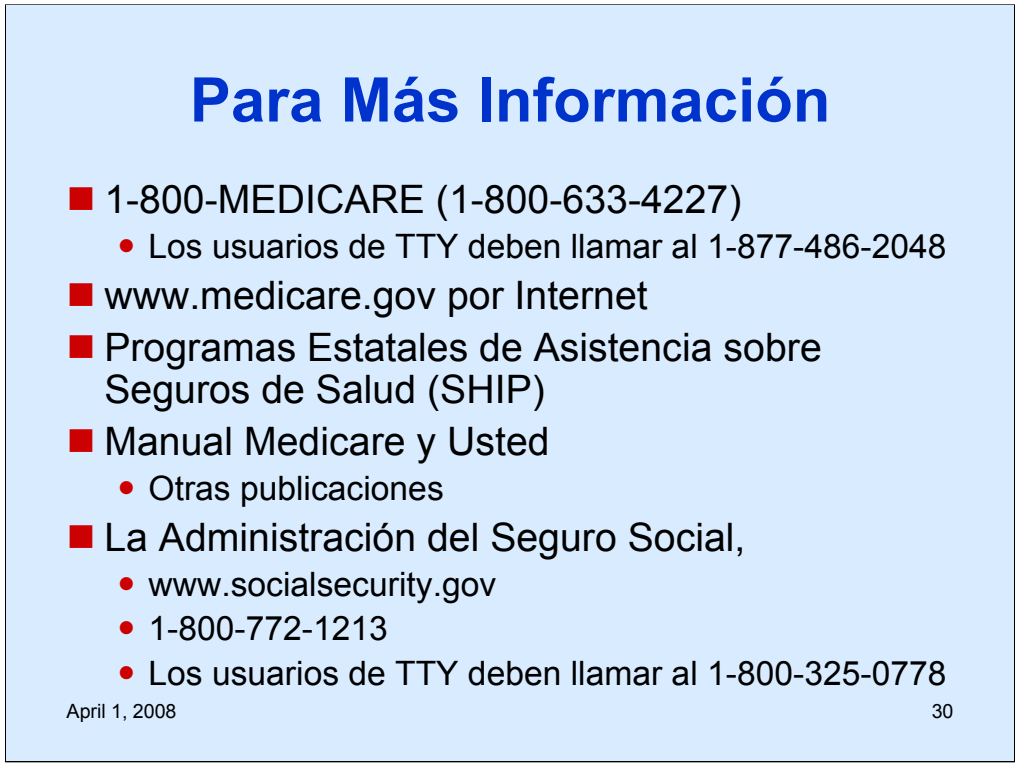
Los estados tienen programas que ayudan a las personas en Medicare que tienen bajos ingresos y recursos limitados a pagar por los gastos de Medicare. Estos Programas de Ahorros de Medicare pueden pagar las primas y los deducibles de Medicare Parte A y Parte B. Estos programas usualmente ayudan a las personas que tienen ingresos y recursos muy altos que no califican para Medicaid.

Que usted califique o no para estos programas, dependerá de sus ingresos y recursos. Las cantidades de ingresos y recursos pueden cambiar todos los años en lo que el nivel de pobreza federal cambia.

También hay algunos estados que tienen sus propios programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar por sus cuidados de salud. Tales como, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAPs por sus siglas en inglés). Comuníquese con la Oficina Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP por sus siglas en inglés) para saber que programas están disponibles en su área.

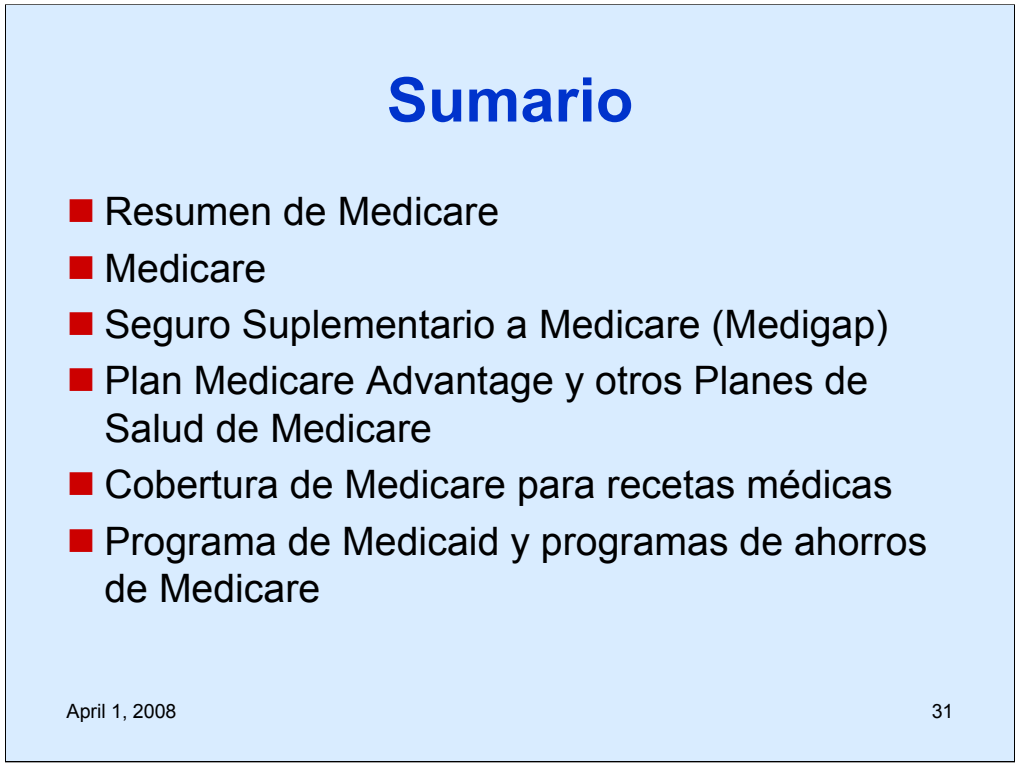
Los planes PACE combinan los servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para personas delicadas de salud que viven y obtienen su atención médica en la comunidad. Los mismos proveen todos los servicios médicos necesarios, incluyendo recetas médicas. Usted solamente puede obtener PACE en algunos estados, además, el estado decide quien califica.

Los programas son diferentes en los territorios de los Estados Unidos (Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, Las islas Marianas, Samoa Americana.)



Si necesita mas información sobre Medicare, utilice los siguientes recursos:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Esta es la línea oficial de ayuda de Medicare. Usted puede llamar las 24 horas de día, 7 días a la semana (español e ingles) Los usurarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- www.medicare.gov por Internet
- Su oficina de Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Puede encontrar los números telefónicos en el manual Medicare y Usted y en www.medicare.gov por internet.
- Manual Medicare y Usted, enviado todos los años en otoño a todos los hogares que incluyen personas con Medicare.
- Otras publicaciones de Medicare, las cuales pueden ser obtenidas a través de 1-800-MEDICARE o, en la página web.



En el día de hoy hemos aprendido mucha información básica a cerca del programa de Medicare. Usted ha aprendido que Medicare es un programa de salud nacional administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y el mismo es un programa de seguro médico para personas de 65 años o mas y para algunas personas menores de 65 años con incapacidades y también para personas con Enfermedad Renal en Etapa Final.

Hablamos también sobre la inscripción y pago de la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) y la Parte B de Medicare (Seguro médico). Y usted conoce la diferencia entre Medicare y Medigap, el cual es otro nombre para el Seguro Suplementario de Medicare.

Usted aprendió sobre los planes entre los cuales usted puede escoger para recibir su cobertura de salud de Medicare, y lo básico sobre como los mismos trabajan. Estos incluyen Medicare, Planes Medicare Advantage, incluyendo, Planes Administrados de la Salud (HMOs) y Planes Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPOs) y otros tipos de planes de Medicare.

Usted sabe que todas la personas con Medicare tienen acceso a cobertura para medicamentos, y aquellos con ingresos y recursos limitados pueden obtener una ayuda adicional para pagar por los costos de sus medicamentos.

Finalmente, aprendimos que existen programas como Medicaid y Programas de Ahorros de Medicare para ayudarle con los gastos de su bolsillo. Y lo mas importante es que usted sabe donde puede obtener mas información.

Este módulo de entrenamiento fue ofrecido por

National Medicare
TRAINING PROGRAM

Si tiene preguntas sobre los materiales de entrenamiento comuníquese con nosotros a través de nuestro correo electrónico NMTP@cms.hhs.gov

Para ver todos los materiales del Programa Nacional de Entrenamiento de Medicare NMTP
o para listarse a nuestra lista de servicio, visítenos en nuestro sitio Internet
www.cms.hhs.gov/NationalMedicareTrainingProgram

CMS