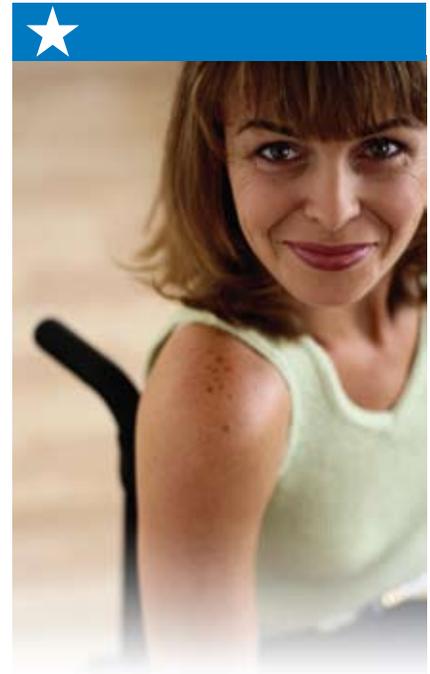
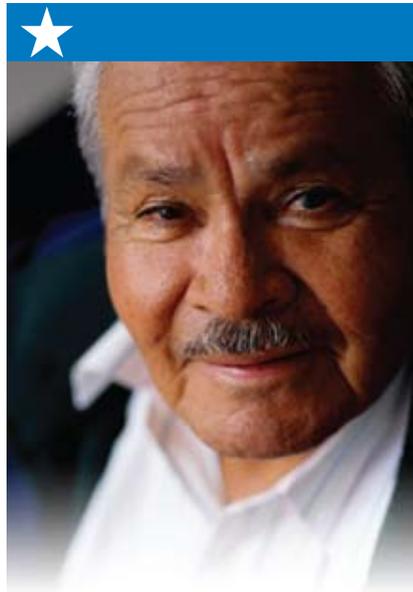


Medicare Y Usted 2009



La publicación oficial del gobierno que contiene información importante sobre:

- ★ Qué es lo nuevo en Medicare
- ★ Los costos en el 2009
- ★ Los servicios que están cubiertos
- ★ Los planes de salud y de medicamentos recetados
- ★ Sus derechos Medicare
- ★ El fraude y el robo de identidad



Bienvenido a Medicare y Usted 2009

El objetivo de Medicare es facilitarle la obtención de servicios médicos de la más alta calidad al precio más accesible. Medicare se está transformando de un programa que simplemente paga las cuentas médicas a un programa que se concentra activamente en ofrecer un sistema de salud de alta calidad.

¿Qué entendemos por un sistema de salud de **alta calidad**? Nos referimos a un sistema de salud que:

- Recompensa a los proveedores de la salud por su eficacia y la calidad de sus servicios
- Tiene estándares objetivos para determinar la calidad y eficacia
- Usa para la comunicación, una red de información interconectada y computarizada, de manera que los proveedores tengan una noción amplia del paciente de un modo seguro y oportuno
- Ofrece a los consumidores información completa, accesible y objetiva, para que puedan tomar decisiones acertadas acerca de su salud, basándose en la calidad y los precios de los servicios

Medicare le brinda información sobre la calidad de los servicios de los proveedores de su zona en www.medicare.gov.

Además, este manual “Medicare y Usted” es otra de las maneras por la cual Medicare se asegura de que usted reciba información confiable para ayudarle a tomar las mejores decisiones sobre su salud.

A través de este manual, le ofrecemos información sobre cómo aprovechar al máximo los beneficios de Medicare incluyendo la cobertura y sus opciones de planes de salud y de medicamentos recetados, cómo protegerse y proteger a Medicare del fraude, generalidades sobre las instrucciones por anticipado, y recursos para que obtenga información detallada y ayuda personalizada. La información contenida es válida del 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2009. Usted recibirá un manual nuevo cada otoño, para que compare la cobertura de los planes y obtenga información nueva e importante.

¿Está Usted Aprovechando Medicare Al Máximo?

Para averiguarlo, use esta lista.

- Revise cómo su cobertura actual cambiará y compárela con otras para averiguar si hay otra opción para el próximo año que le convenga más. Vea la página 44.
- Recuerde que sólo puede inscribirse, cambiarse o cancelar su plan en ciertos momentos. Vea las páginas 11, 59 y 65.
- Si tiene otro seguro médico, averigüe cómo funciona con Medicare. Vea las páginas 72–74.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) para asesoría gratuita sobre Medicare. Para obtener el número de teléfono, consulte las páginas 111–114.
- Pregunte a su médico u otro proveedor de servicios de salud cuáles son los servicios preventivos (tales como evaluaciones, vacunas, etc.) que debe recibir. Lleve a su próxima visita la lista de la página 39.
- Averigüe si cumple los requisitos para obtener ayuda para sus gastos de salud y de medicamentos. Vea las páginas 77–84.
- Protéjase del fraude y del robo de identidad. Vea las páginas 94–97.
- Visite www.MiMedicare.gov para acceder a su información personalizada de Medicare. Ayude a ahorrar dinero consultando en el futuro los manuales “Medicare y Usted” electrónicamente.
- Si usted es nuevo en Medicare**, vaya a www.MiMedicare.gov y use la contraseña para acceder a su información personalizada de Medicare. Llene su Cuestionario de Inscripción Inicial (IEQ por su sigla en inglés) en línea o el IEQ que se le envió por correo, para que Medicare pueda facturarle correctamente. Vea la página 109. Si tiene preguntas sobre el IEQ o para completarlo por teléfono, llame al Contratista de Coordinador de Beneficios al 1-800-1118. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-800-318-8782.
- Si usted es nuevo en Medicare**, hágase el examen “Bienvenido a Medicare”, un examen que se ofrece una sola vez. Vea “examen físico” en la página 33 para averiguar lo que está cubierto y cuánto debe pagar usted.

Información Importante Sobre Este Manual

Guarde este manual para consultarlo en el futuro.

Tal vez se hayan hecho cambios después de su impresión. Para obtener información actualizada 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.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿Recibe por correo más de una copia de este manual? Si en el futuro desea recibir sólo una copia, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE.

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

“Plan de salud de Medicare” es el término usado a lo largo de todo el manual para referirse a todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costo de Medicare, los Programas Piloto y los Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos (PACE por su sigla en inglés).



Este símbolo destaca la información importante.

Contenido

Medicare y Usted 2009

- 7 Índice—Una Manera Rápida de Encontrar lo que Necesita**
- 11 Lo Básico De Medicare**
 - 11 Lo Nuevo e Importante en el 2009
 - 12 ¿Qué es Medicare?
 - 14 Dónde Puede Obtener Respuestas para sus Preguntas
- 15 Sección 1—Los Servicios Cubiertos (Partes A y B)**
 - 19 La Parte A y los Servicios que Cubre
 - 25 La Parte B y los Servicios que Cubre
 - 38 Lo que las Partes A y B NO Cubren
 - 39 Lista de Control para los Servicios Preventivos
- 41 Sección 2—Decida Cómo Obtener Los Servicios De Medicare**
 - 42 Sus Opciones Medicare
 - 44 Lo que Debe Tener en Cuenta al Escoger o Cambiar su Cobertura Medicare Original
 - 50 Los Planes Medicare Advantage (como los HMO o PPO) (Parte C)
 - 59 ¿Cuándo Puede Inscribirse, Cambiarse o Cancelar su Plan Medicare Advantage?
 - 61 Otros Planes de Salud de Medicare
 - 63 Planes Medicare de Recetas Médicas (Parte D)
 - 65 ¿Cuándo Puede Inscribirse, Cambiarse o Cancelar su Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?
 - 74 Cómo se Pagan sus Facturas si Tiene Otro Seguro Médico
 - 75 Las Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

Continúa ⇨

11 ¿Qué es lo nuevo?



15 ¿Qué cubre y qué no cubre?



41 Opciones de cobertura



Contenido (continuación)

- 77 Sección 3—Programas Para Personas Con Recursos e Ingreso Limitados**
- 78 “Ayuda Adicional” para Pagar por la Cobertura de Recetas Médicas
- 82 Medicaid
- 83 Programas de Ahorros Medicare
(Ayuda de Medicaid para Pagar las Primas de Medicare)
- 85 Sección 4—Protéjase y Proteja a Medicare**
- 86 Sus Derechos Medicare
- 86 ¿Qué es una Apelación?
- 92 Cómo usa Medicare su Información Personal
- 94 Protéjase del Fraude y del Robo de Identidad
- 96 Protéjase y Proteja a Medicare del Fraude en la Facturación
- 99 Sección 5—Planifique Con Anticipación**
- 107 Sección 6—Si Desea Más Información (Teléfonos, Sitio Web, Publicaciones)**
- 115 Sección 7—Definiciones**
- 119 Los Costos de Medicare en el 2009**
- 124 Consejos Para Ayudar a Prevenir el Fraude a Medicare**

78 ¿Necesita ayuda adicional con los gastos?



94 Fraude y robo de identidad



119 Los costos de Medicare en el 2009



Índice

Una Manera Rápida de Encontrar lo que Necesita

Los números en **negritas** indican las páginas que le brindan más información.

A

Acupuntura 38
 Aneurisma aórtico abdominal 26
 Anteojos **30**, 38
 Aparatos de asistencia auditiva 32, 40
 Apelación 52, **86–91**, 108–109
 Área de servicio 44, 51, 59, 64–65, **115**
 Archivo médico electrónico 101
 Archivo médico personal 101
 Asignación 25, 46–**47**
 Asilos de ancianos 56, 81–82, 100, **102–104**, 108, 110
 Autorización para divulgar información personal 108
 Aviso al Beneficiario por Adelantado 89
 Aviso sobre privacidad/confidencialidad 92–93
 Ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas 63, 67, 69, **78–81**
 Ayuda para dejar de fumar **35**, 39

B

Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB) 14, **73**
 Beneficios para veteranos (VA) 14, 68, **73**
 Bienvenido a Medicare (Examen físico) 26, 30, **33**, 39
 Brazos y miembros artificiales 34

C

Calidad 14, 44, 88, **100**, 109–110
 Cancelación 52, 56, **60**
 Centros de salud autorizados federalmente 30
 Centro de cirugía ambulatoria **26**, 28, 38
 Centro de Enfermería Especializada (SNF) 16, **20**, 88, 102, 116
 Centros de salud religiosos no médicos 16

C (continuación)

Cirugía estética 38
 Clínica rural de servicios de salud 34
 Cobertura 13, **41–76**
 Cobertura durante el intervalo de cobertura **66–67**, 78, 117, 122
 Cobertura acreditable/válida de medicamentos recetados 63, 65, **68**, 72–73, **116**
 Cobertura catastrófica 67
 COBRA 24, **72**
 Cobertura de su empleador **24**, 43–45, 49, 57–58, 61, 64, 68, **72**, 74, 80
 Cobertura de recetas médicas de Medicare 43, 49, **63–71**, 72–73, 78–81, 90–91
 Colonoscopia **28**, 39
 Contrato privado 48
 Coordinación de beneficios **14**, 74
 Copago 51, 64, 66–67, 75, 78, 104, **116**, **120–121**
 Coseguro 26–37, 45, 51, 66, 75, 78, 83, **116**, **120–121**
 Costos 16, 21, 25, 44, 53, 66–67, 75, 78, **119–122**
 Cuidado de custodia/compañía 20, 38, **116**
 Cuidado dental/dentaduras **38**, 51
 Cuidado de hospicio 12, 16, **19**, 38, 110, 120
 Cuidado de la salud en el hogar 16, **19**, 31, 82, 89, 102, 120
 Cuidado de salud a largo plazo 20, 40, 62, 82, **102–104**
 Cuidado urgente **37**, 48, 51, 54

D

Deducible 25–38, 45, 51, 53, 55, 66, 75–76, 78, 83, **116–117**, **120–121**
 Definiciones 115–118
 Departamento de Defensa 14

Los números en **negritas** indican las páginas que le brindan más información.

D (continuación)

Departamento de Asuntos de Veteranos 14, 68, **73**
 Diabetes **29**, 31–32, 39, 56
 Determinación de cobertura (Parte D) 90–91
 Diálisis renal 12, 18, **32**, 51, 54, 56, **58**
 Días de reserva de por vida/vitalicios **117**, 120
 Discriminación 97

E

Electrocardiograma (EKG) 35
 Enema de bario 28
 Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) 12, 18, 22, 31, 51, **58**
 Equipo médico duradero 19, **30–31**, 34, 47, 120–121
 Esclerosis lateral amiotrófica (ALS) 17, 22
 Evaluación cardiovascular **27**, 39
 Examen de los senos **33**, 39
 Examen de sangre oculta en la materia fecal **28**, 39
 Exámenes 26–29, 31–**35**, 38–39, 101
 Evaluación de cáncer colorrectal **28**, 39
 Examen de equilibrio **31**, 40
 Examen de la vista **30**, 38
 Examen de los pies 31
 Evaluación de la próstata (prueba de PSA) **34**, 39
 Examen físico 26, 30, **33**, 38–39
 Examen Papanicolau **34**, 39, 54, 56
 Examen pélvico **33**, 39, 54, 56
 Excepción 70, **90–91**

F

Facturas (reclamaciones) 46, **74**, 89, 96, 108
 “Falta” de cobertura **66–67**, 78
 Formulario 44, **70**, 78
 Fraude (facturación) **94–97**, 124–125

I

Ingresos limitados 49, 53, **77–84**, 103
 Inscripción 20, 40, 51, 54, 56, **59–60**, 65, 76
 Institución/centro Instrucciones por anticipado 56, 59, 65, 81, **117**
 Intermediario del beneficiario de Medicare 98
 Internación en el hospital 16, 20, 37–38
 Internet (Web) 17, 23, 25, 42, 47, 80, 87, 95, **109–110**

J

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) **14**, 17–18, 22–23, 108

L

Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) 24, **72**
 Localizador Eldercare 103

M

Mamografía **32**, 39, 54, 56
 Medicaid 56, 59, 79, 81, **82**, 83
 Medicamentos 12, 34, 38, 44–45, 54–56, **63–71**, 72–73, 78–79, 82, 103, 117
 Medicamentos de auto administración 70
 Medicare
 Parte A **16–20**, 43, 119–120
 Parte B **21–37**, 39, 43, 119, 121
 Parte C 43, **50–60**, 88, 122
 Parte D 43, **63–71**, 90–91, 122–123
 Medicare Original 43, **45–49**, 75–76, 87–89, 120–121
 Medición de masa ósea/densitometría 27
 Médico de cuidado primario 45, 54–56, **117**

N

Necesario por razones médicas 19, 25, 27, 29, 102, **117**
 Niveles (formulario) 70

O

Oficina de Derechos Civiles 14, 97
 Oficina de gerencia de personal **14**, 73

Los números en **negritas** indican las páginas que le brindan más información.

O (continuación)

Oficina del Inspector General **14**, 95–96
 Opciones de pago (prima) 71, 119
 Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) 43, 50, **54**
 Organización para el Mejoramiento de Calidad **14**, 88, 99, 113
 Ortóticos 34
 Oxígeno 108

P

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos) 62, 82, **103–104**
 Parte A **16–20**, 43, 119–120
 Parte B **21–37**, 39, 43, 119, 121
 Parte C 43, **50–60**, 88, 122
 Parte D 43, **63–71**, 90–91, 122–123
 Penalidad por inscripción tardía
 Parte A 18
 Parte B **21**, 23
 Parte D **68**, 122
 Pérdida de la tarjeta de Medicare 17
 Período de beneficio 20, **118**, 120
 Período Especial de Inscripción 18, **23–24**, **65**, 72
 Período General de Inscripción 18, **23**
 Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA) **55**, 63
 Plan de Costo de Medicare 61
 Plan de medicamentos 43, **63–71**, 90–91, 122
 Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO por su sigla en inglés) 54
 Planes para Necesidades Especiales **56**, 58
 Planes de Recetas Médicas de Medicare (PDP) 43, **63–71**, 90–91, 122
 Plan de salud de Medicare 51, **57–61**
 Planes Medicare Advantage 43, **50–60**, 88, 122

P (continuación)

Planes Medicare SELECT 57, **75**
 Planes Privados de Pago por Servicio **55**, 63, 110
 Plan de salud grupal (Empleador) 21, 23–**24**, 61, 74
 Poder legal **105–106**
 Póliza Medigap (Servicio Suplementario a Medicare) 24, 43, 45, 52, 57, 59, 72, **75–76**
 Primas 16–17, 21, 53, 66, 68, 71, 78, 83, 118–**119**
 Programa de Adquisición Competitiva 30–31
 Programas Comunitarios 103
 Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica 82
 Programa SMP (Senior Medicare Patrol) 95
 Programas de Ahorros de Medicare 79, **83**
 Programas piloto **62**, 94
 Representante legal para decisiones médicas **105–106**
 Prueba de glaucoma **32**, 39
 Publicaciones 110

R

Rayos X 36
 Reclamaciones **45–46**, 87, 108–109
 Reemplazo de la tarjeta de Medicare 17
 Referido 26, 33, 44–45, 51–52, 54–56, **118**
 Resumen de Medicare (MSN) **46**, 77, 87, 92, 96–97
 Robo de identidad **94–95**, 97

S

Sala de emergencias 32, 108
 Salud mental 20, **32**, 110, 120–121
 Sangre 19, 26, **120**
 Segunda opinión sobre una cirugía 36
 Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 79, **84**
 Seguro de Salud de Jubilado **24**, 43–45, 49, 57–58, 61, 64, 68, 72, 74
 Seguro privado 61, **72**, 75–76, 102
 Seguro Social **14**, 17–18, 21–23, 71, 80–81, 84
 Servicios clínicos de laboratorio 20, **27**, 121
 Servicios cubiertos (Partes A y B) 19–20, 26–37, 39, **120–121**

Los números en **negritas** indican las páginas que le brindan más información.

S (continuación)

Servicios de ambulancia 26
Servicios de patología del lenguaje 19, 31, 35, 121
Servicios preventivos 25–34, **39**, 108–110
Servicios de Salud para Indígenas 73
Servicios quiroprácticos **27**, 38
Sigmoidoscopia flexible **28**, 39
Silla de ruedas 11, 19, 30–31, 35, 47, 120–121
Sindicato 18, 24, 43, 49, 57–58, 64, 68, 72, 74, 80
Subsidio por bajos ingresos (LIS) 63, 67, 69, **78–81**
Suministros médicos 19–20, 25, **29–34**, 46–47, 96, 108

T

Teléfono de texto (TTY) 14, **118**
Telemedicina 35
Terapia de nutrición 32
Terapia física 19–20, 31–**33**, 121
Terapia ocupacional 19, 31–**32**, 121
Trasplante renal 12, 18, **36**, 51, 58
TRICARE 14, 24, 68, **73**
Testamento en vida 105–106

V

Vacunas 25, 30–31, 33, **39–40**
Vacuna contra la gripe/influenza **30**, 39
Vacuna contra la Hepatitis B **31**, 39
Vacuna para la varicela 38
Vacuna neumocócica (contra la pulmonía) 35
Vendaje quirúrgico 36
Viaje al extranjero 37
Visión/vista 51

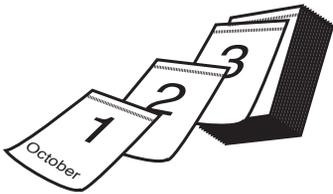
W

www.medicare.gov 100, **109**
www.MiMedicare.gov 39, 46, 87, **109**

Lo Básico De Medicare

Lo Nuevo e Importante en el 2009

- **Examen de “Bienvenido a Medicare” ofrecido una sola vez**—Más tiempo para recibirlo y por un bajo costo. Consulte la página 33.
- **Fraude y el Robo de Identidad**—Protéjase y proteja a Medicare. Consulte las páginas 94–97.
- **Planificación Anticipada**—Planifique para sus necesidades de salud actuales y futuras. Consulte las páginas 99–106.
- **Tecnología Nueva**—Historial clínico. Archivo médico personal y electrónico. Consulte la página 101.
- **Planes de Salud y de Medicamentos Recetados**—Visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para encontrar planes disponibles en su área. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Lo que Usted Paga por su Cobertura Medicare (Partes A y B)**—Las cantidades que le corresponde pagar en el 2009 se mencionan en las páginas 119–121.
- **Manual Electrónico**—Escoja obtener en el futuro, el manual “Medicare y Usted” electrónicamente. Consulte la página 122.



La Cobertura y Costos de los Planes Cambian Cada Año.

¡Marque en su calendario estas fechas importantes!

Octubre de 2009: Prepárese y Compare

Su salud, sus finanzas o la cobertura pudieron haber cambiado en el último año. Fíjese en el costo, cobertura, calidad y conveniencia que su plan de salud o de medicamentos le ofrecerá en el 2010, y compárela con otros planes para ver si hay una opción que le convenga más.

15 de noviembre de 2009 al 31 de diciembre de 2009: Quédese o Cámbiese

Durante este período, usted puede cambiar para el 2009 su plan de salud o de medicamentos recetados.

1 de enero de 2010: Comienza la Cobertura y Nuevos Costos para el 2010

Si usted se ha cambiado de plan entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de 2009, la nueva cobertura comienza el 1 de enero. Si se ha quedado con su plan actual, los cambios de cobertura y de costos comienzan en esta fecha.

Aviso: Tal vez pueda cambiar de plan de salud o de medicamentos en otros momentos. Consulte las páginas 59 y 65.

¿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) (ESRD por su sigla en inglés).

Las Partes de Medicare

Las distintas partes de Medicare cubren servicios específicos si usted cumple los requisitos. Medicare está formado por:

La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)

- Ayuda a pagar por su internación en hospitales
- Ayuda a pagar los servicios en un [centro de enfermería especializada](#), el cuidado de hospicio y el cuidado de la salud en el hogar.

Consulte las páginas 16–20.

La Parte B de Medicare (Seguro Médico)

- Ayuda a pagar los servicios médicos y la atención ambulatoria
- Algunos servicios preventivos para que se mantenga sano y para evitar que ciertas enfermedades empeoren

Consulte las páginas 21–37.

La Parte C de Medicare (Planes Medicare Advantage) (HMO o PPO)

- Una opción de cobertura médica ofrecida por compañías privadas aprobadas por Medicare
- Incluyen los servicios de las Partes A y B y generalmente otros beneficios como la cobertura de los medicamentos recetados

Consulte la página siguiente.

La Parte D de Medicare (Cobertura de las Recetas Médicas)

- Ayuda a pagar por sus medicamentos recetados
- Puede ayudarle a reducir sus gastos de medicamentos y a protegerlo contra aumentos en los precios de los medicamentos en el futuro

Consulte las páginas 63–71.

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. Abajo encontrará una descripción breve de sus opciones. La Sección 2 contiene más detalles sobre estas opciones e información que lo ayudará a escoger la mejor para usted.

Medicare Original (Vea las páginas 45–49.)

- Administrado por el gobierno federal.
- Brinda la cobertura de las Partes A y B.
- Si desea añadir la cobertura de medicamentos, puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.
- Puede comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) vendida por una compañía privada, que ayude a pagar los servicios que las Partes A y B no cubren. Consulte las páginas 75–76.

Los Planes Medicare Advantage (como los HMO o PPO) (Vea las páginas 50–60.)

- Administrados por compañías privadas aprobadas por Medicare.
- Brindan la cobertura de las Partes A y B pero pueden cobrar cantidades distintas por ciertos servicios. También pueden ofrecer cobertura adicional y la cobertura de sus recetas médicas por un precio adicional. **El costo de los suministros y servicios varía en cada plan.**
- Si desea la cobertura de medicamentos recetados debe obtenerla del plan (en la mayoría de los casos).
- No necesita una póliza Medigap.

Otros Planes de Salud de Medicare (Vea las páginas 61–62 y 103–104.)

- No son Planes Medicare Advantage pero siguen siendo parte de Medicare.
- Incluyen los Planes de Costo, los Programas Piloto y los Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE por su sigla en inglés).
- Algunos planes brindan la cobertura de las Partes A y B, y algunos también ofrecen la de medicamentos recetados (Parte D).

Aviso: Tal vez usted tenga la cobertura de salud y/o medicamentos a través de su empleador o sindicato actual o antiguo. Consulte las páginas 72–73.

Consulte el cuadro en la página 43 para averiguar sobre sus opciones Medicare y las decisiones que debe tomar.

Dónde Puede Obtener Respuestas a sus Preguntas

<p>1-800-MEDICARE Para información general. Vea la página 108.</p>	<p>1-800-633-4227 TTY 1-877-486-2048</p>
<p>Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) Para conseguir ayuda personalizada sobre seguros médicos, incluye ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de salud, programas para personas de ingresos y recursos limitados y ayuda con sus reclamaciones, facturas y apelaciones.</p>	<p>Vea las páginas 111-114.</p>
<p>Seguro Social Para reemplazar su tarjeta de Medicare, cambio de domicilio o de nombre, para obtener información sobre la elegibilidad y la inscripción para las Partes A y B, la inscripción, para obtener la “ayuda adicional” para pagar por su cobertura de medicamentos y para informar sobre una defunción.</p>	<p>1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778</p>
<p>Contratista de Coordinación de Beneficios Para averiguar si es Medicare o su otro seguro el que debe pagar primero.</p>	<p>1-800-999-1118 TTY 1-800-318-8782</p>
<p>Departamento de Defensa Para información sobre TRICARE y TRICARE for Life.</p>	<p>1-888-363-5433 1-866-773-0404 TTY 1-866-773-0405</p>
<p>Departamento de Salud y Servicios Humanos Oficina del Inspector General Si sospecha de un fraude, consulte las páginas 94-97. Oficina de Derechos Civiles Si cree que lo han tratado injustamente, vea la página 97.</p>	<p>1-800-447-8477 TTY 1-800-377-4950 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697</p>
<p>Departamento de Asuntos para Veteranos Si usted es un veterano o ha servido en las Fuerzas Armadas.</p>	<p>1-800-827-1000 TTY 1-800-829-4833</p>
<p>Oficina de Administración de Personal Federal Para información sobre el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales activos y retirados.</p>	<p>1-888-767-6738 TTY 1-800-878-5707</p>
<p>Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés) Si recibe beneficios de RRB, llámelos para informar les sobre cambio de domicilio o de nombre, inscripción en Medicare, para reemplazar su tarjeta de Medicare o informar sobre una defunción.</p>	<p>Llame a la oficina local de RRB al 1-877-772-5772.</p>
<p>Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO por su sigla en inglés) Para hacer preguntas o para quejas sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p>Para obtener el teléfono de su QIO, llame al 1-800-MEDICARE.</p>

¿Qué Servicios Cubren Las Partes A y B?



Medicare es su aliado para que se mantenga sano. Estamos dedicados a brindarle la información que le permita tomar una decisión informada sobre el cuidado de su salud. En esta sección le explicamos lo que Medicare cubre.

La Sección 1 le ofrece información sobre:

La Parte A y los Servicios que Cubre	16–20
La Parte B y los Servicios que Cubre	21–37
Lo que las Partes A y B NO Cubren	38
Lista de Servicios Preventivos	39



¿Cuáles son los Servicios que Cubre Medicare?

Medicare cubre ciertos servicios médicos y suministros en hospitales, consultorios médicos u otros centros de salud. Los mismos están cubiertos por la Parte A (Seguro de Hospital) o por la Parte B (Seguro Médico) de Medicare. Si tiene las Partes A y B, podrá obtener todos los servicios cubiertos por Medicare que se mencionan en este manual, independientemente del tipo de cobertura Medicare que escoja.

La lista de servicios cubiertos por la Parte A está en la página 19–20. La lista de servicios cubiertos por la Parte B está en las páginas 26–37.

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

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

- 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 (atención domiciliaria)
- Internación en una Institución Religiosa No Médica para Servicios de Salud (un centro que brinda atención que no sea ni médica ni religiosa y atiende a las personas que necesitan cuidado en un hospital o centro de [enfermería especializada](#) pero que por creencias religiosas, no aceptan ir al hospital o al SNF)

Para averiguar cuáles son los requisitos para la cobertura de la Parte A, vea la página 17–18.

Por lo general usted no paga una [prima](#) mensual por la Parte A, si usted o su cónyuge pagaron los impuestos correspondientes a Medicare mientras trabajaban.

Si no es elegible para la Parte A sin el pago de la prima, usted podría comprar la Parte A si cumple los requisitos de nacionalización o residencia, tiene 65 años o más, o tiene menos de 65 años, está incapacitado, y la cobertura de la Parte A sin pago de prima terminó porque usted regresó a trabajar.

Aviso: La prima que debe pagar por la Parte A en el 2009 es de hasta \$423 cada mes.

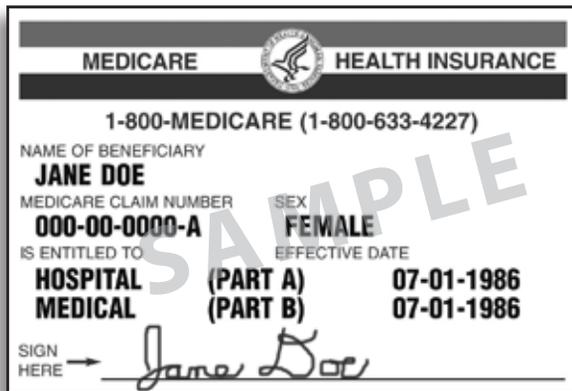
Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

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

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 de ambas.

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 83.

Usted puede averiguar si tiene la Parte A fijándose en su tarjeta de Medicare.



Aviso: Mantenga la tarjeta en un lugar seguro.

Usted la usará para obtener los servicios cubiertos por Medicare Original. 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 las páginas 94–97.

¿Ha perdido o se le ha dañado su tarjeta de Medicare?

Para solicitar una tarjeta nueva visite www.socialsecurity.gov. También 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 al 1-877-772-5772 o visite www.rrb.gov y seleccione “Beneficios en línea” (Internet).

¿Cuándo Puedo Inscribirme en la Parte A?

Muchas Personas Reciben la Parte A Automáticamente

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 sus beneficios por incapacidad.

Las personas que padecen de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) también llamada enfermedad de Lou Gehrig obtendrán la Parte A automáticamente en el mes en que empiecen a recibir los beneficios por incapacidad.



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

Algunas Personas Deben Inscribirse en la Parte A

Si usted no está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) (por ejemplo, si aún sigue trabajando), tendrá que inscribirse en la Parte A. Usted tendrá que hacerlo aun si es elegible para la Parte A sin el pago de la **prima**. Debe comunicarse con el Seguro Social tres meses antes de cumplir 65 años. Si trabajó para los ferrocarriles, debe inscribirse llamando a RRB.

Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés), puede inscribirse en la Parte A en su oficina local del Seguro Social o llamando a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778. Para obtener más información sobre cómo inscribirse en Medicare si padece de ESRD, visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10128.pdf para ver una copia de “La Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Servicios de Transplante de Riñón”.

Si no es elegible para la Parte A libre de prima, podrá comprarla durante:

- **El Período Inicial de Inscripción**—Cuando es elegible para Medicare por primera vez (3 meses antes y 3 meses después de cumplir 65 años).
- **El Período General de Inscripción**—Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año.
- **El Período Especial de Inscripción**—Si usted o su cónyuge (o familiar si usted está incapacitado) está trabajando y usted tiene cobertura de salud grupal de empleador o sindicato. Vea la página 23.
- **El Período Especial de Inscripción para voluntarios internacionales**—Si usted trabaja como voluntario en el extranjero. Vea la página 23.

Si no se inscribe en la Parte A cuando es elegible por primera vez, la prima mensual podría aumentar hasta un 10% a menos que le otorguen un período especial de inscripción.

Si desea más información sobre la Parte A visite www.socialsecurity.gov o llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213. Si usted tiene beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la oficina local de RRB o al 1-877-772-5772.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Los Servicios Cubiertos por la Parte A de Medicare

Sangre	Si el hospital tiene que comprar la sangre que le dan, usted debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente. En la mayoría de los casos, el hospital obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, en cuyo caso ni tendrá que pagarla ni reponerla.
Servicios de Salud en el Hogar (atención domiciliaria)	Cuidado necesario por razones médicas , de enfermería especializada intermitente o a tiempo parcial, 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 (consulte las página 30) y suministros médicos para usar en el hogar. Usted debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de su casa requiere mucho esfuerzo. La Parte A cubre el costo de las 100 primeras visitas después de una estadía en el hospital.
Cuidado de Hospicio	Para personas con una enfermedad terminal que se espera que vivan 6 meses o menos (de acuerdo a lo certificado por el médico). La cobertura incluye: medicinas (como aquellas para el dolor o para controlar los síntomas), servicios médicos, enfermería, servicios sociales, 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). Por lo general, el cuidado de hospicio se brinda en su hogar (u otro centro, por ejemplo un asilo de ancianos). 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). Usted puede quedarse en un centro aprobado por Medicare hasta 5 días cada vez que recibe cuidado de relevo. Medicare podría pagar por servicios de salud que no estén relacionados con su enfermedad terminal. Usted puede seguir recibiendo cuidado de hospicio por el tiempo que sea mientras que el director médico o el médico del hospicio sigan certificando que usted padece de una enfermedad terminal.

Para costos específicos y otra información sobre estos servicios, vea la página 120.

Los Servicios Cubiertos por la Parte A de Medicare

Estadías en el Hospital	<p>Habitación semi-privada, comidas, enfermería general, medicamentos mientras esté internado y otros servicios y suministros de hospital. Esto incluye internación en hospitales de acceso crítico, internación en hospitales para cuidados agudos, dependencias de rehabilitación para pacientes internos, hospitales de atención a largo plazo, cuidado de internación como parte de un estudio de investigación (vea la página 27) y servicios de salud mental. No incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación, ni artículos para higiene personal (medias antideslizantes, afeitadoras, etc.). Tampoco incluye una habitación privada, a menos que sea necesario por razones médicas. Los servicios del médico recibidos durante su internación son pagados por la Parte B. Vea la página 30. Para servicios de la sala de emergencia, consulte la página 30.</p>
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada	<p>Habitación semi-privada, comidas, enfermería especializada y rehabilitación, y otros servicios y suministros médicos (después de una estadía relacionada de 3 días en el hospital por una enfermedad o lesión) por hasta 100 días en un período de beneficio. Para obtener atención en este centro, su médico debe indicar que usted necesita servicios de enfermería especializada como la aplicación de inyecciones intravenosas o terapia física. Medicare no cubre el cuidado a largo plazo o el cuidado de custodia en este tipo de centro. Consulte las páginas 102–104.</p>

Para costos específicos y otra información sobre estos servicios, vea la página 120.

¿Qué es la Parte B de Medicare (Seguro Médico)?

La Parte B ayuda a pagar los servicios del médico, el cuidado para paciente ambulatorio, y otros servicios **necesarios por razones médicas**. La Parte B también cubre algunos servicios preventivos. Para averiguar si tiene la Parte B, fíjese en su tarjeta de Medicare. Vea la muestra de la tarjeta en la página 17.

¿Cuánto cuesta la Parte B?

Usted paga una **prima** mensual. La mayoría de los beneficiarios pagan la cantidad estándar de \$96.40 en el 2009. Sin embargo, esta cantidad podría ser mayor si:

- Usted es soltero/a (presenta una declaración de impuestos individual) y su ingreso bruto anual ajustado modificado fue más de \$85,000 (en el 2007).
- Si está casado (declaración de impuestos conjunta) y sus ingresos brutos ajustados modificados combinados sumaron más de \$170,000 anuales (en el 2007).

En la página 119 encontrará las cantidades a pagar por la prima de la Parte B en el 2009.

El ingreso bruto ajustado modificado es el ingreso bruto ajustado (que paga impuesto) más los ingresos por concepto de intereses exentos de impuestos. El Seguro Social le dirá si tiene que pagar más que la prima estándar. Si tiene que pagar una prima más alta y no está de acuerdo llame al Seguro Social.

Si tiene ingresos y recursos limitados, consulte la página 83 para obtener información sobre ayuda para pagar las primas.

También tiene que pagar el **deducible** anual de la Parte B antes que Medicare comience a pagar su parte de los costos. La cantidad del deducible para el 2009 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 está incapacitado) está trabajando y tiene cobertura de empleador, puede que no tenga que pagar una prima más elevada. Si desea más información, vea la página 23 (“Período Especial de Inscripción”).

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿Cuándo Puede Inscribirse 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 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 y tendrá que pagar la **prima** mensual.

Las personas que padecen de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS por su sigla en inglés) también llamada enfermedad de Lou Gehrig, obtendrán la Parte B automáticamente en el mes en que empiecen sus beneficios por incapacidad.

Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés), puede inscribirse en la Parte B cuando se inscriba en la Parte A. (Para obtener más información, consulte la página 18).

Si no recibe beneficios del Seguro Social o de RRB, y desea inscribirse en la Parte B debe hacerlo durante el período inicial de inscripción (el período que comienza 3 meses antes y termina 3 meses después de que cumpla 65 años).

¿Cuándo Puede Inscribirse en la Parte B? (continuación)

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

- **El Período General de Inscripción**—Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de julio. Sin embargo, el costo aumentará hasta 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**—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**—Si usted esperó para inscribirse en la Parte B porque tenía un seguro médico mientras estaba trabajando como voluntario en un país extranjero. Usted puede inscribirse durante el período de 6 meses que comienza en el mes en que ya no está trabajando como voluntario fuera de los Estados Unidos, o cuando la organización que lo patrocina ya no está exenta del pago de impuestos, o usted ya no tiene cobertura de salud en el extranjero, lo que ocurra primero.

Generalmente, no pagará la penalidad por inscripción tardía si se inscribe en la Parte B durante un período especial de inscripción.

Si desea más información sobre la inscripción en la Parte B y su elegibilidad para Medicare 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 1-877-772-5772. Para información general sobre inscripción, visite www.medicare.gov y presione en “Averigüe Cuándo es Elegible para Medicare y Cuándo Puede Inscribirse”. También puede recibir asesoría personalizada del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 111–114.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

La Parte B de Medicare y la Cobertura de TRICARE

Si tiene Medicare y la cobertura de TRICARE (para militares activos y retirados incluyendo sus familias), tendrá que comunicarse con TRICARE para averiguar qué tiene que hacer para quedarse con TRICARE. Por ejemplo, tal vez tenga que inscribirse en la Parte B si usted o su cónyuge ya no están en actividad.

Si desea más información sobre TRICARE, consulte la página 73.

Aviso: Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage o decidió inscribirse en un plan, debe avisarle al plan que usted tiene TRICARE.

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 tiene cobertura de salud a través de un empleador (incluido FEHBP) o sindicato y usted o su cónyuge aún siguen trabajando.

Cuando se termina su empleo, ocurren tres cosas:

1. Usted puede tener la oportunidad de escoger la cobertura de COBRA que permitirá que su cobertura de salud grupal continúe (en la mayoría de los casos sólo por 18 meses) y probablemente tenga que pagar más.
2. Puede recibir un período especial de inscripción para que se inscriba en la Parte B sin tener que pagar la penalidad por inscripción tardía. Este período se extiende por 8 meses después de que se termine su empleo. El período es válido independientemente de si elige COBRA o no, de manera que si espera hasta que su cobertura de COBRA termine para inscribirse en la Parte B, es posible que el período especial de inscripción ya haya terminado.
3. Si se inscribe en la Parte B, también se iniciará el período de inscripción abierta por seis meses a Medigap lo que le otorgará el derecho garantizado a comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare). Una vez que este período empiece no puede retrasarse ni repetirse. Consulte las páginas 75–76.

Parte B-Servicios Cubiertos

Los servicios **necesarios por razones médicas**—Lo que significa que un artículo o servicio debe ser necesario para el diagnóstico o tratamiento de su condición y además debe cumplir con los estándares de la práctica médica.

Servicios preventivos—Servicios que ayudan a prevenir o disminuir las complicaciones de un problema de salud que usted tiene o a hacer una detección temprana de un problema, que es cuando el tratamiento puede dar los mejores resultados (por ejemplo, la prueba de Papanicolaou, las vacunas o las evaluaciones para la detección de cáncer de la próstata).



Este símbolo identifica a los servicios preventivos.

Pregúntele a su médico o proveedor de salud cuáles son los servicios preventivos que necesita, ellos podrán ayudarle a entender los servicios preventivos que usted necesita y Medicare cubre.

En las páginas 26–37 encontrará una lista en orden alfabético de los servicios preventivos más comunes necesarios por motivos médicos, cubiertos por la Parte B de Medicare. Para averiguar si Medicare paga por algún servicio que no esté incluido en la lista, visite www.medicare.gov y seleccione “Lo que Medicare Cubre”. 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.

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

Los costos de los servicios de la Parte B varían dependiendo de si está inscrito en Medicare o en un plan de salud de Medicare. En los cuadros de las páginas 26–38 encontrará información general sobre los costos de cobertura de la Parte B de Medicare. Por lo general, usted paga por la visita médica, aun si no tiene que pagar por el servicio. Si se aplica el deducible de la Parte B, debe pagar por todos los servicios hasta que cubra la cantidad del deducible anual y recién entonces Medicare comenzará a pagar la parte que le corresponde. Consulte la página 121 para averiguar lo que debe pagar de deducible. Después del deducible tendrá que pagar el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para dicho servicio. Usted puede ahorrar dinero si se trata con médicos y proveedores que aceptan la asignación. Vea la página 47. Si usted es una persona de ingresos y recursos limitados, tal vez pueda ahorrar dinero en sus gastos de Medicare. Consulte las páginas 82–84.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.



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 26–37. Si desea información sobre los distintos precios hable con cada plan.

Parte B-Servicios Cubiertos



Evaluación para Aneurisma Aórtico Abdominal	<p>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” ofrecido una sola vez. Vea “examen físico” en la página 33. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.</p>
Servicios de Ambulancia	<p>Transporte por tierra cuando es necesario por motivos médicos para llevarlo a un hospital o centro de enfermería especializada, si el transporte en otro vehículo pudiera poner su vida en peligro. Medicare pagará por el transporte en un avión o helicóptero si requiere un servicio inmediato que la ambulancia normal no puede proporcionarle.</p> <p>En algunos casos, Medicare puede pagar por servicios limitados de transporte que no sea una ambulancia si su médico lo ordena. Medicare sólo pagará por el transporte al centro médico más cercano que pueda brindarle el tratamiento que usted necesita. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.</p>
Tarifa del Centro de Cirugía Ambulatoria	<p>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 el 20% de la cantidad aprobada por Medicare (excepto para una sigmoidoscopia flexible y examen de colonoscopia, cuyo pago es un 25%), y el deducible de la Parte B. También paga por todos los procedimientos en un centro de cirugía ambulatoria que Medicare no cubra.</p>
Sangre	<p>Si el hospital o el proveedor tiene que comprar la sangre que le dan, usted debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente. En la mayoría de los casos, el hospital o proveedor consigue la sangre del banco de sangre sin costo, en cuyo caso ni tendrá que pagarla ni reponerla. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por todas las pintas de sangre adicionales que reciba como paciente ambulatorio. También tiene que pagar el deducible.</p>

Las cantidades del deducible y el [coseguro](#) de la Parte B se mencionan en la página 121.

Parte B-Servicios Cubiertos



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 el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** 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. Usted no paga por estos exámenes pero tendrá que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la visita médica.

Servicios Quiroprácticos (limitados)

Para corregir una luxación (cuando uno o más huesos se salen de su posición) usando la manipulación de la columna vertebral. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare 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.

Ensayos Clínicos

Los estudios de investigación prueban diferentes tipos de tratamiento, como por ejemplo qué tan bien funcionan ciertos medicamentos para el cáncer. Medicare paga por algunos servicios como las visitas médicas y las pruebas, en ciertos trabajos de investigación calificados. Estos estudios ayudan a los médicos e investigadores a comprobar si los nuevos tratamientos dan resultado y si son seguros. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Las cantidades del deducible y el **coseguro** de la Parte B se mencionan en la página 121.

Parte B-Servicios Cubiertos



<p>Exámenes para Detección de Cáncer Colorrectal</p>	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sangre oculta en la material fecal—Si tiene 50 años o más, una vez al año. Sin costo, aunque generalmente tendrá que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la visita médica. ▪ 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 20% de la cantidad aprobada por Medicare. ▪ Colonoscopia—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 20% de la cantidad aprobada por Medicare. ▪ 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 20% de la cantidad aprobada por Medicare. <p>Aviso: Si recibe una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de evaluación en un hospital ambulatorio o un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga el 25% de la cantidad aprobada por Medicare.</p>
<p>Desfibrilador (Implantable Automático)</p>	<p>Para algunos beneficiarios diagnosticados con insuficiencia cardiaca. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, pero no más del deducible de la Parte A que pagaría por una estadía en el hospital (vea la página 120), si obtiene el desfibrilador como paciente ambulatorio del hospital. También se aplica el deducible de la Parte B.</p>

Las cantidades del deducible y el **coseguro** de la Parte B se mencionan en la página 121.

Parte B-Servicios Cubiertos



Evaluación de Diabetes	<p>Para la detección o el control de la diabetes. Medicare paga por estas pruebas 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 (glucosa) alto en la sangre. Medicare también paga por estas pruebas si responde “sí” a dos o más de estas preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Tiene 65 años o más? ▪ ¿Está excedido de peso? ▪ ¿Tiene un historial familiar de diabetes (padres, hermanos, etc.)? ▪ ¿Tiene historial de diabetes durante la gestación (durante el embarazo), o dio a luz a un bebé con más de 9 libras? <p>Según los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para hacerse hasta dos pruebas de diabetes al año. Usted no paga por el examen pero generalmente tendrá que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la visita médica.</p>
 Entrenamiento para el Autocontrol de la Diabetes	<p>Para los pacientes diabéticos. Tiene que tener una orden escrita de su médico o proveedor de la salud. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.</p>
Suministros para Diabéticos	<p>Incluidos los monitores de glucosa, tiras para las pruebas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, solución para el control de glucosa y en algunos casos, zapatos terapéuticos. La insulina sólo está cubierta si se usa. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p> <p>Aviso: La insulina y ciertos suministros médicos necesarios para inyectarse la insulina, como las jeringas, podrían estar cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D).</p>
Servicios Médicos	<p>Necesarios por razones médicas (que incluyen los servicios ambulatorios y algunos servicios médicos que usted recibe mientras está internado en el hospital) y servicios preventivos cubiertos. No cubre los exámenes físicos de rutina excepto “Bienvenido a Medicare” el examen físico ofrecido una sola vez, vea la página 35. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>

Las cantidades del deducible y el **coseguro** de la Parte B se mencionan en la página 121.

Parte B-Servicios Cubiertos

Equipo Médico Duradero (como andadores)	<p>Artículos como oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital ordenados por su médico para usar en el hogar. Para ciertos artículos primero tendrá que alquilarlos. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B. Usted tiene que obtener el equipo o los suministros de un proveedor aprobado por Medicare.</p> <p>Si desea más información visite: www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11045.pdf para consultar la publicación “La Cobertura Medicare del Equipo Médico Duradero y otros Artículos”.</p>
Servicios de la Sala de Emergencia	<p>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 copago específico por la visita a la sala de emergencia y el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico. También debe pagar el deducible de la Parte B.</p>
Exámenes para Diabéticos	<p>Para controlar la retinopatía diabética. Una vez cada 12 meses. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
Anteojos (limitados)	<p>Un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas con implante de un lente intraocular. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
Servicios de un Centro de Salud Calificado Federalmente	<p>Provee una gran variedad de servicios ambulatorios y preventivos. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.</p>
Vacuna Contra la Gripe e Influenza	<p>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. Usted no paga por la vacuna si el médico que se la aplica acepta la asignación (vea la página 47).</p>



Las cantidades del deducible y el **coseguro** de la Parte B se mencionan en la página 121.

Parte B-Servicios Cubiertos

	Exámenes de los Pies y Tratamiento	<p>Si tiene una condición de los nervios relacionada con su diabetes y cumple ciertos requisitos. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
	Examen de Glaucoma	<p>Estos exámenes sirven para detectar la enfermedad ocular llamada glaucoma. Medicare paga por estos exámenes cada 12 meses para aquellos beneficiarios de alto riesgo. Usted es considerado de alto riesgo si padece de diabetes, 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 el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
	Examen del Oído y del Equilibrio	<p>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 el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
	Vacunas Contra la Hepatitis B	<p>Estas vacunas lo protegerán contra la Hepatitis B. Este servicio 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 el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
	Servicios de la Salud en el Hogar	<p>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, servicios de auxiliares para el hogar, equipo médico duradero (vea la página 30) y suministros médicos para usar en el hogar. Debe estar recluido en su hogar lo que significa que salir de su casa implica un gran esfuerzo. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>

Las cantidades del deducible y el **coseguro** de la Parte B se mencionan en la página 121.

Parte B-Servicios Cubiertos

Servicios de Diálisis Renal y Suministros	<p>Para todos los que padecen de ESRD. Los servicios y suministros están cubiertos en un centro o en el hogar si son ordenados por su médico. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
	Mamografía (evaluación) <p>Un tipo de radiografía que detecta el cáncer de 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 el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.</p>
	Servicios de Nutrición <p>Medicare cubre los servicios médicos de nutrición y otros, si usted tiene diabetes o insuficiencia renal y su médico lo refiera para que reciba dichos servicios. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
Cuidado de Salud Mental (ambulatorio)	<p>Para obtener ayuda para los problemas psicológicos como depresión, abuso de sustancias 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 el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las visitas al psiquiatra y otro médico para el diagnóstico o monitoreo de su condición o el cambio de medicamentos. Para el tratamiento ambulatorio (por ejemplo terapia) usted paga el 50% de la cantidad aprobada por Medicare. También tiene que pagar el deducible de la Parte B.</p> <p> Hable con su médico si se siente triste, falta de interés en las cosas que antes disfrutaba, dependencia del alcohol o drogas o tiene pensamientos suicidas. Si desea más información sobre los servicios de salud mental para pacientes internos, consulte la página 120.</p>
Terapia Ocupacional	<p>Servicio de evaluación y tratamiento para ayudarle a regresar a sus actividades de rutina (como bañarse) después de una enfermedad o accidente siempre que sea ordenado por su médico. En el 2009, se pondrán limitaciones para los servicios de terapia ocupacional, física y del lenguaje/habla y también se admitirán excepciones para dichas limitaciones. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>

Las cantidades del deducible y el **coseguro** de la Parte B se mencionan en la página 121.

Parte B-Servicios Cubiertos

Servicios Ambulatorios del Hospital	<p>Servicios ambulatorios como parte de la atención médica. Usted paga un copago específico por cada servicio. El copago no puede exceder la cantidad del deducible que paga por la Parte A para los servicios de internación. Consulte la página 120. Usted debe pagar el deducible de la Parte B.</p>	
Servicios Ambulatorios Médicos, Quirúrgicos y Suministros	<p>Para procedimientos aprobados (como radiografías, puntos de sutura, yesos, etc). Usted paga un copago por cada servicio, pero dicha cantidad no puede exceder la cantidad del deducible que paga por la Parte A para los servicios de internación. Consulte la página 120. Usted paga el deducible de la Parte B y el monto total por los servicios que Medicare no cubre.</p>	
	Examen Papanicolau y Examen Pélvico (incluye el examen clínico de los senos)	<p>Para detectar el cáncer del seno, 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 tres 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 el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la recolección de la muestra y por los exámenes pélvicos y de los senos.</p>
	Examen Físico “Bienvenido a Medicare” ofrecido una sola vez	<p>Medicare paga por un examen físico (una sola vez), así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, ciertas evaluaciones, las vacunas y referidos para otro tipo de atención médica estarán cubiertas si son necesarias.</p> <p>Nuevo: A partir del 1 de enero de 2009, Medicare cubre este examen si se hace dentro de los primeros 12 meses cuando usted obtiene la Parte B (aun si su cobertura de la Parte B comenzó en el 2008). Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, y el deducible de la Parte B ya no se aplica.</p>
Terapia Física	<p>Evaluación y tratamiento de lesiones y enfermedades que hayan afectado su capacidad para funcionar normalmente, cuando su médico la haya ordenado. En el 2009 se pondrán limitaciones para los servicios de terapia física y también se admitirán excepciones para dichas limitaciones. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>	

Las cantidades del deducible y el **coseguro** de la Parte B se mencionan en la página 121.

Parte B: Servicios Cubiertos



Vacuna Neumocócica (contra la pulmonía)	<p>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. Usted no paga si el médico que se la aplica acepta la asignación. Vea la página 47.</p>
Servicios de Profesionales de la Salud (que no son médicos)	<p>Como por ejemplo aquellos servicios brindados por asistentes de médicos y enfermeras licenciadas. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
Medicamentos Recetados (limitados)	<p>Un número limitado de medicamentos como los que se obtienen en el departamento ambulatorio del hospital en ciertas circunstancias, medicamentos inyectables que recibe en el consultorio médico, ciertos medicamentos orales para el cáncer y los que se usan con cierto equipo médico duradero. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B. Nota: A excepción de estos ejemplos, bajo la Parte B usted paga el 100% de la mayoría de los medicamentos recetados, a menos que tenga la cobertura de la Parte D y otra cobertura de recetas médicas. Si desea información consulte las páginas 63–71.</p>
	Evaluación de Cáncer de la Próstata <p>Esta prueba ayuda a detectar el cáncer de próstata. Medicare paga por una evaluación dígito rectal y del Antígeno Específico de la Próstata (PSA por su sigla en inglés) cada 12 meses para todos los beneficiarios de Medicare de más de 50 años. El PSA es gratis pero usted tiene que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica y el deducible de la Parte B.</p>
Aparatos Prostésicos/ Dispositivos Ortóticos	<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 (incluidos 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 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>

Las cantidades del deducible y el [coseguro](#) de la Parte B se mencionan en la página 121.

Parte B-Servicios Cubiertos



Servicios de Salud Rurales	Una variedad de servicios médicos primarios ambulatorios. Usted paga el 20% del costo y el deducible de la Parte B.
Segunda Opinión Sobre una Cirugía	Está cubierta en algunos casos (y a veces se cubre hasta una tercera opinión) para una cirugía que no sea de emergencia. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Consejería para Dejar de Fumar	Incluye hasta 8 sesiones personales de consejería 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. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Servicios de Patología del Lenguaje/Habla	Cuando sean ordenados por su médico para recobrar o fortalecer sus destrezas del lenguaje oral. En el 2009 se impondrán límites para estos servicios y también habrá excepciones a los límites. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Vendajes Quirúrgicos	Para el tratamiento de una herida quirúrgica o de una lesión tratada con cirugía. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Telemedicina	Servicios médicos u otros para la salud brindados a un paciente usando un sistema de comunicaciones (como una computadora, teléfono o TV), ofrecido por un practicante en un lugar distante al sitio en que se encuentra el paciente. Está disponible 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 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

Las cantidades del deducible y el **coseguro** de la Parte B se mencionan en la página 121.

Parte B-Servicios Cubiertos

<p>Exámenes</p>	<p>Incluidos rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans), Electrocardiograma (EKG) y otros exámenes de diagnóstico. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B. Consulte “Servicios de laboratorio” en la página 27 para averiguar sobre otros exámenes cubiertos por la Parte B. Si le hacen estos exámenes como paciente ambulatorio en un hospital, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare pero no puede ser más que el deducible que paga por la Parte A para los servicios de internación. Consulte la página 120.</p>
<p>Trasplantes y Medicamentos Inmunosupresores</p>	<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 solo están cubiertos si se cumplen ciertas condiciones. Cubre los 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. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p> <p>Si está pensando en inscribirse en un Plan Medicare Advantage y está en lista de espera para recibir un trasplante o cree que necesita un trasplante, hable con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos y hospitales están en la red del plan. Además debe averiguar sobre las normas de cobertura del plan.</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>

Las cantidades del deducible y el **coseguro** de la Parte B se mencionan en la página 121.

Parte B-Servicios Cubiertos

<p>Viajes (servicios médicos cuando viaja fuera de los Estados Unidos)</p>	<p>Por lo general Medicare no cubre los servicios médicos cuando usted está de viaje fuera de los Estados Unidos (los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana). Hay algunas excepciones como por ejemplo: 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. En muy pocos casos, Medicare paga por la internación en el hospital, el médico o la ambulancia en el extranjero. Estas circunstancias son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Si la emergencia ocurrió dentro de los Estados Unidos pero el hospital más cercano que puede tratar su condición está fuera de los Estados Unidos o 2) Si está viajando a través de Canadá sin causar demoras innecesarias por la ruta más directa entre Alaska y otro estado cuando una emergencia médica ocurre y el hospital de Canadá está más cerca que un hospital de Estados Unidos para tratar la situación de emergencia 3) Si vive en los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca de su domicilio que el hospital estadounidense más próximo, independientemente de que sea o no una emergencia. <p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
<p>Atención Urgente</p>	<p>Cuando se necesite para tratar una enfermedad repentina o una herida y que no sea una emergencia médica. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>

Las cantidades del deducible y el **coseguro** de la Parte B se mencionan en la página 121.

Lo que las Partes A y B NO cubren

Lo que las Partes A y B NO cubren **incluyen, pero no se limitan a:**

- Acupuntura.
- Servicios quiroprácticos (excepto los mencionados en la página 27).
- Cirugía estética.
- **Cuidado de custodia** 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 120–121 para obtener las cantidades. Las personas con ingresos y recursos limitados pueden obtener ayuda para pagar estos costos, vea las páginas 82–84.
- 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 30).
- Cuidado rutinario de los pies como quitar los callos y otras durezas (con muy pocas excepciones.) Vea la página 31.
- Audífonos y exámenes del oído para colocar los aparatos auditivos.
- Exámenes auditivos no solicitados por su médico.
- Exámenes de laboratorio, con excepción de las que se detallan en las páginas 26–35.
- Cuidado a largo plazo. Vea las páginas 102–104.
- Zapatos ortopédicos (con algunas pocas excepciones). Vea la página 29 en suministros para la diabetes.
- Exámenes físicos (de rutina o anuales). Medicare pagará un solo examen físico. Vea la página 33.
- Medicamentos recetados (con muy pocas excepciones, vea la página 34). Para información sobre la cobertura de recetas médicas (Medicare Parte D) vea las páginas 63–71.
- Inyecciones (vacunas preventivas), con excepción de los que se detallan en las páginas 30, 31, y 33. La Parte D debe cubrir todas las vacunas en venta (como la de la varicela-zoster) excepto aquellas vacunas pagadas por la Parte B.
- Procedimientos quirúrgicos en centros ambulatorios de cirugía que no estén en la lista de procedimientos ambulatorios cubiertos por Medicare.
- Jeringas o insulina. La insulina que se usa con una bomba de insulina está cubierta por la Parte B. Las jeringas o la insulina pueden estar cubiertas por la Parte D.
- Viajes, (servicios médicos que usted recibe mientras viaja fuera del país, excepto los mencionados en la página 37).

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Lista de Control para los Servicios Preventivos



Lleve esta lista a su visita médica y pregúntele a su médico cuáles son los servicios preventivos que le convienen. Consulte las páginas 25–34 para obtener detalles sobre los costos, la frecuencia y si reúne los requisitos para recibir estos servicios. Anote los datos importantes (como la fecha en que recibe el servicio).

Servicios Preventivos cubiertos por Medicare	Detalles en la página	Notas
Evaluación para la detección de Aneurisma Abdominal Aórtico	26	
Medición de Masa Ósea/Densitometría	27	
Evaluación Cardiovascular	27	
Evaluación para Cáncer Colorrectal		
Prueba de Sangre Oculta en la Materia Fecal	28	
Sigmoidoscopia Flexible	28	
Colonoscopia	28	
Enema de Bario	28	
Evaluación para la Detección de Diabetes	29	
Entrenamiento para Autocontrol de la Diabetes	29	
Vacuna contra la Gripe	30	
Prueba de Glaucoma	31	
Vacuna contra la Hepatitis B	31	
Mamografía	32	
Servicios de Nutrición	32	
Examen Pélvico y Prueba Papanicolau (incluye el examen de los senos)	33	
“Bienvenido a Medicare” (examen físico ofrecido una sola vez)	33	
Vacuna Neumocócica	34	
Evaluación para la Detección de Cáncer de la Próstata	34	
Consejería para Dejar de Fumar	35	

Visite www.MiMedicare.gov para hacer un seguimiento de sus servicios preventivos. Vea la página 109.

Decida Cómo Obtener Los Servicios De Medicare



Usted tiene opciones para escoger cómo obtener sus servicios médicos y la cobertura de sus recetas médicas. 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:

Sus Opciones Medicare	42–44
Medicare Original	45–49
Los Planes Medicare Advantage (Parte C)	50–60
Otros Planes de Salud de Medicare	61–62
La Cobertura Medicare de los Medicamentos Recetados	63–73
Cómo se Pagan sus Cuentas si Usted Tiene Otro Seguro Médico	74
Las Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)	75–76

Este manual contiene información general. Para tomar una decisión usted necesitará más información que la que le brinda este manual. Si desea información personalizada sobre seguro de salud, consulte la página 42.

Sus Opciones Medicare

Usted puede escoger distintas maneras de obtener sus beneficios. Puede elegir el Medicare Original o un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO). Si se decide por el Medicare Original y desea la cobertura de recetas médicas, debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage tal vez incluya la cobertura de los medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, si no escoge otra opción quedará inscrito en el Medicare Original. Vea la página 43 si desea más información sobre sus opciones y sobre las decisiones que debe tomar.

Cada año puede reevaluar sus necesidades de salud y de medicamentos y cambiarse a otro plan (en ciertas fechas). Vea las páginas 59 y 65.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿Necesita Ayuda Para Decidir?

1. Visite www.medicare.gov y seleccione “Compare los Planes de Salud y las Pólizas Medigap de su Zona” o “Compare los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare”.
2. 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 111–114.
3. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Agente”. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Aviso: El plan en el que se inscriba, divulgará su información personal a Medicare y otros planes cuando sea necesario para el tratamiento, pago o el cuidado de su salud. Medicare puede divulgar su información personal para trabajos de investigación u otros propósitos. Para averiguar más sobre cómo usa Medicare su información personal, consulte las páginas 92–93.

Siga estos pasos para decidir

Paso 1

Decida si quiere Medicare Original O un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO)

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

- Medicare brinda esta cobertura.
- Usted escoge a sus médicos, hospitales y proveedores.
- Por lo general, usted paga los **deducibles** y el **coseguro**.
- Generalmente paga una **prima** mensual por la Parte B.

Vea las páginas 45–49.

Paso 2

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, hospitales y proveedores de la red del plan, o pagar más.
- Generalmente, usted paga una prima mensual (además de la prima de la Parte B) y un **copago** por cada servicio cubierto.
- Los costos, beneficios adicionales y normas varían con cada plan. Vea las páginas 50–60.

Paso 2

Decida si quiere la cobertura de medicamentos recetados (Parte D)

- 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 63–71.

Paso 3

- Si desea esta cobertura, en la mayoría de los casos debe obtenerla del Plan Medicare Advantage.
- La mayoría de los Planes Medicare Advantage ofrece esta cobertura generalmente por un costo adicional.

Vea las páginas 54–56.

Decida si quiere cobertura adicional

Tal vez le interese obtener un seguro privado que cubra los servicios que Medicare no cubre.

- Usted puede comprar cobertura suplementaria privada, como una póliza Medigap (Seguro suplementario a Medicare).
- Los costos varían de acuerdo a la póliza y a la compañía.
- Los empleadores o sindicatos pueden ofrecer una cobertura similar.

Vea las páginas 75–76.

Aviso: Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, por lo general no necesita comprar una póliza Medigap. Si ya tiene una, puede quedársela pero Medigap no pagará por ninguno de los costos del plan. Si ya tiene un Plan Medicare Advantage no pueden venderle una póliza Medigap. Vea la página 57.

Además del Medicare Original o de un Plan Medicare Advantage, usted podrá inscribirse en otros planes de salud de Medicare, (vea las páginas 61–62). Si tiene ingresos y recursos limitados puede tener otras opciones, (vea las páginas 77–84). También puede que usted tenga otra cobertura, como un seguro médico grupal de su empleador, sindicato, militar o beneficios para veteranos (vea las páginas 72–73).

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

- **Cobertura**—Cuando escoja entre el Medicare Original y un plan de salud de Medicare, averigüe si ofrece beneficios y servicios adicionales que Medicare Original no ofrece.
- **Su otro seguro**—¿Tiene usted o es elegible para otro tipo de cobertura de salud o de medicamentos? Si la respuesta es “sí”, lea los documentos del plan o llámelos para averiguar cómo funciona esta cobertura con Medicare o si Medicare afecta a esa cobertura. Si tiene un seguro médico a través de su empleador actual o antiguo o sindicato, hable con su administrador de beneficios, asegurador o con el plan antes de hacer cualquier cambio a su cobertura.
- **Costo**—¿Cuánto tiene que pagar por las **primas** y **deducibles**? ¿Cuánto paga por los servicios como, la estadía en el hospital y la consulta médica? Sus costos pueden variar si usted no cumple las normas de cobertura.
- **Su elección del médico o del hospital**—¿Acepta su médico ese plan? ¿Está aceptando pacientes nuevos? Si está pensando en inscribirse en un plan de salud de Medicare, ¿tiene que usar un médico o un hospital de la red del plan? ¿Tiene que ser **referido** a un especialista?
- **Medicamentos recetados**—¿Qué medicamentos necesita? ¿Tiene que inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados? ¿Cuánto cuestan los medicamentos en cada plan? ¿Cuáles medicamentos están en el formulario (lista de medicamentos cubiertos) del plan? Los formularios pueden cambiar.
- **Calidad del cuidado**—La calidad de los servicios brindados por los planes y otros proveedores de la salud puede variar. Medicare le brinda información para que compare los planes y los proveedores. Consulte la página 100.
- **Conveniencia**—¿Dónde están ubicados los consultorios médicos? ¿Cuál es el horario de atención? ¿Cuáles son las farmacias que usted puede usar? ¿Puede pedir sus medicamentos por correo?
- **Viaje**—¿Pasa usted parte del año en otro estado? ¿Estará cubierto por el plan en ese lugar?

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.



Su plan Medicare le enviará cada año la Evidencia de Cobertura (EOC por su sigla en inglés) y el Aviso de Cambio Anual (ANOC por su sigla en inglés). El EOC le da detalles sobre lo que cubre el plan, cuánto le corresponde pagar y más. El ANOC incluye cualquier cambio en su cobertura, en los costos o en el **área de servicio** que comenzará en enero.

El Medicare Original

Medicare Original es una de sus opciones de planes del Programa Medicare. Usted estará en Medicare a menos que elija inscribirse en otro tipo de plan.

¿Cómo Funciona el Medicare Original?

En el Medicare Original usted puede elegir a su médico y hospital. No necesita un **referido** para consultar un especialista. Usted paga una cantidad por cada servicio. A continuación mencionamos las normas generales:

	Medicare Original
¿Cubre las recetas médicas?	Sólo en ocasiones limitadas como cuando está internado en el hospital. Vea las páginas 20 y 34. Usted puede agregar esta cobertura inscribiéndose en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Vea las páginas 63–71.
¿Debo escoger un médico de cabecera?	No.
¿Puedo atenderme con cualquier médico y en cualquier hospital?	Sí. Usted puede usar a cualquier médico, hospital, proveedor o centro que participe en Medicare y esté aceptando nuevos pacientes de Medicare.
¿Debo consultar a mi médico de cabecera para que me refiera a un especialista?	No.
¿Necesito una póliza suplementaria?	Tal vez ya tenga un seguro de su empleador o sindicato que pague por lo que Medicare no cubre. Si no es su caso, tal vez le convenga comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare). Vea las páginas 75–76.
¿Qué más debo saber acerca del Medicare Original?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cada año, usted generalmente paga una cantidad fija por sus servicios de salud (deducible) antes de que Medicare pague su parte. Luego, Medicare paga la parte que le corresponde y usted paga la suya (el coseguro) por los servicios y suministros cubiertos por la Parte B. Para averiguar cuánto debe pagar vea las páginas 120–121. ▪ Si tiene la Parte A de Medicare, recibirá todos los servicios cubiertos por la Parte A mencionados en las páginas 19–20. ▪ Si tiene la Parte B de Medicare recibirá todos los servicios mencionados en las páginas 26–37. Por lo general pagará una prima mensual de la Parte B. Vea la página 119. ▪ Por lo general, no tiene que mandar sus reclamaciones a Medicare. Los proveedores (médicos, hospitales, centros de enfermería especializada y agencia de cuidado de la salud en el hogar) y suplidores tienen por ley que presentar las reclamaciones a Medicare por los servicios y suministros que usted recibe.



Información Sobre Pagos en el Medicare Original

Si recibe algún servicio cubierto por Medicare, recibirá por correo un **Resumen de Medicare** (MSN por su sigla en inglés). EL MSN indica todos los servicios y suministros por los que le facturaron a Medicare durante cada período de tres meses, lo que pagó Medicare y lo que usted le tiene que pagar al proveedor. **EL MSN no es una factura.** Cuando reciba un MSN:

- Si tiene otro seguro, debe fijarse si cubre algo de lo que Medicare no cubre.
- Guarde sus recibos y facturas y compárelas con el detalle del MSN para asegurarse de haber recibido los servicios, suministros y equipo mencionados en el MSN.
- Si pagó la factura antes de recibir el MSN, compárelo con la factura para asegurarse de haber pagado la cantidad correcta por los servicios que recibió.

Los MSN se envían por correo cada 3 meses. Si tiene que recibir un reembolso de Medicare, se le enviará el MSN en cuanto se procese la reclamación. Si necesita informar sobre un cambio de domicilio para su MSN, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778. Si recibe beneficios de RRB, llame a la oficina local al 1-877-772-5772.

En el sitio www.MiMedicare.gov podrá hacer un seguimiento de sus reclamaciones. Consulte la página 109.

Los Gastos Directos de su Bolsillo si está Inscrito en el Medicare Original 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 47.
- La frecuencia con la que recibe servicios de salud.
- El tipo de servicios que necesita.
- 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 trabaja con Medicare.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda adicional para pagar por los costos de Medicare. Vea las páginas 82–83.



Si desea información sobre la ayuda disponible para pagar por lo que el Medicare Original no cubre, consulte las páginas 75–84.

La “Asignación” en Medicare

La asignación es un acuerdo entre los beneficiarios, sus médicos, proveedores y Medicare. El beneficiario “asigna” una reclamación, Medicare le pagará a su médico o proveedor directamente por los servicios que usted recibió.

Si un médico, proveedor o suplidor acepta la asignación, significa que:

- Los gastos directos de su bolsillo pueden ser menos.
- La mayoría de los proveedores de servicios de salud aceptan la asignación. Sin embargo, usted debe asegurarse de que lo hagan. En algunos casos están obligados a aceptarla, por ejemplo cuando tienen un acuerdo de participación con Medicare y le brindan servicios cubiertos por Medicare.
- Si el médico, proveedor, o suplidor acepta la asignación, sólo le puede cobrar a usted, el **deducible** o **coseguro** de Medicare y debe esperar hasta que Medicare su parte.
- Todos los médicos o proveedores que le brinden servicios cubiertos por Medicare tienen que enviar su factura directamente a Medicare y no pueden cobrarle por enviar la factura.



¿Qué ocurre si mi médico, proveedor o suplidor no acepta la “asignación”?

- Ellos tienen igualmente que enviar la reclamación a Medicare cuando le brinden un servicio. Si no lo hacen, usted debe llamar a la compañía que se encarga de la facturación de Medicare en su estado y presentar una queja. Revise su MSN para obtener el número de dicha compañía. Sin embargo, es posible que usted tenga que pagar por el servicio cuando lo reciba y luego enviar la factura a Medicare para que se la reembolse.
- También pueden cobrarle más de la **cantidad aprobada por Medicare**, hasta un cierto límite conocido como “Cargo limitante”. Esta cantidad es el 15% sobre la cantidad aprobada por Medicare (tal vez sea menos en su estado). El “cargo limitante” sólo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a los suministros ni al equipo médico duradero.

Para buscar un médico o proveedor que acepte la asignación, vaya a www.medicare.gov y seleccione “Buscar un médico” o “Buscar un Proveedor de Equipo Médico en su Zona”. También puede obtener información llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿Qué es un Contrato Privado?

Un “contrato privado” es un acuerdo por escrito entre usted y su médico 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. Usted no tiene que firmar un contrato privado con el médico. Puede cambiarse a un médico que participe en Medicare. Si firma un contrato privado con su médico:

- Medicare no pagará **ningún** servicio que reciba de este médico.
- Tendrá que pagar lo que el médico o proveedor le cobre por el servicio recibido.
- Si tiene una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare), no pagará por dicho servicio. Si tiene preguntas, llame a su compañía de seguro Medigap antes de recibir 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.

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, consulte la página 38.

También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para conseguir ayuda sobre la firma de un contrato privado con cualquier médico u otro proveedor de la salud. En las páginas 111–114 encontrará el número de teléfono.



Si desea información sobre sus derechos de apelación y como protegerse del fraude, consulte las páginas 85–98.

Añada la Cobertura de Recetas Médicas (Parte D) a Medicare

Los beneficiarios inscritos en el Medicare Original pueden añadir esta cobertura inscribiéndose en un Plan Medicare de Recetas Médicas. Estos planes son ofrecidos por compañías privadas que trabajan con Medicare para ofrecerle la cobertura de recetas médicas. Si desea más información sobre esta cobertura, consulte las páginas 63–71.



Llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato antes de hacer cualquier cambio a su cobertura. Si cancela el seguro médico de su empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarlo. Tenga en cuenta que si cancela su plan de **salud** (médico y hospital) también tendrá que cancelar su cobertura **de medicamentos**. Si cancela su cobertura, tal vez esté cancelando también la de su cónyuge y dependientes.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Ayuda para Pagar por la Cobertura de sus Recetas Médicas

Las personas que tienen ingresos y recursos limitados podrían ser elegibles para recibir “**ayuda adicional**” 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 78–81 para saber si reúne los requisitos para la “ayuda adicional”.

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 de 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. **Los Planes Medicare Advantage le brindan la cobertura de salud de Medicare y usualmente la de las recetas médicas. Estos planes no son un seguro suplementario.**

No todos los Planes Medicare Advantage trabajan de la misma manera, por lo tanto, es importante que sepa cuáles son las normas del plan antes de inscribirse. Consulte el cuadro en la página 54 para ver las normas generales de los planes. Todos los tipos de planes cubren la atención urgente y las emergencias.

Los Planes Medicare Advantage incluyen:

- Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO). Vea la página 54.
- Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO). Vea la página 54.
- Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS). Vea la página 55.
- Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA). Vea la página 55.
- Planes para Necesidades Especiales. Vea la página 56.

Aviso: Hay otro tipo de Planes Medicare Advantage que podrían estar disponibles; sin embargo, no son tan comunes. Los Planes de Organizaciones Patrocinadas por Proveedores (PSOs) son planes administrados por un proveedor o grupo de proveedores. En un PSO, usted generalmente recibe sus servicios de un proveedor del plan. Los Planes de Fraternidades Religiosas (RFB por su sigla en inglés) son los que se ofrecen a miembros de ciertos grupos religiosos. Los RFBs pueden ser cualquier tipo de plan, incluido un HMO o PPO.

Planes Medicare Advantage (Parte C) (continuación)

Estos planes proveen todos los servicios cubiertos por la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico), lo que significa que como mínimo deben cubrir todos los servicios que ofrece el Medicare Original. Sin embargo, cada Plan Medicare Advantage puede 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 indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

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). Usted necesita una orden escrita de su médico (**referido**) para atenderse con un especialista. Dichos planes por lo general tienen una red de proveedores. Esto significa que debe atenderse con médicos de la red del plan o visitar a ciertos hospitales para que paguen por sus servicios (a menos que sea una emergencia, que necesite atención urgente o si por su condición médica necesita tratamiento de diálisis).

En algunos planes, si usa un proveedor que no pertenece a la red, puede que los servicios no estén cubiertos o que los costos sean más elevados. Pregúntele a su médico u hospital si aceptan ese plan.

¿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 a los planes que le interesan para más información sobre su área de servicio. Visite www.medicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para encontrar los planes disponibles en su área. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- 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 58.

Aviso: En la mayoría de los casos usted sólo puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage en ciertos períodos del año. Vea la página 59.

Más Sobre los Planes Medicare Advantage

- Tal como en el Medicare Original, usted sigue teniendo los derechos y protecciones de Medicare, incluido el derecho de apelar. Vea las páginas 86–89.
- Antes de recibir un servicio hable con el plan para averiguar si el servicio está cubierto y cuánto tiene que pagar usted.
- Debe cumplir las normas del plan, como obtener una orden escrita (**referido**) para atenderse con un especialista o, para evitar costos más elevados, obtener una aprobación previa al procedimiento.
- Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage aun si tiene condiciones preexistentes, excepto si padece de ESRD. Vea la página 58.
- Sólo puede inscribirse en un plan durante uno de los períodos mencionados en la página 59. En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en el plan por un año.
- Si se atiende con un médico que no pertenece a la red del plan, puede que no cubra sus servicios o que tenga que pagar más por ellos, según el Plan Medicare Advantage en el que esté inscrito.
- Si el plan decide retirarse de Medicare, usted tendrá que inscribirse en otro plan de salud de Medicare o regresar al Medicare Original. Vea la página 59.
- Usted generalmente obtendrá la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) a través del plan. **En la mayoría de los casos, si está inscrito en un Plan Medicare Advantage que incluye la cobertura de los medicamentos recetados y se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, se le dará de baja del Plan Medicare Advantage y regresará al Medicare Original.**
- Usted no puede comprar (ni le pueden vender) una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare). Esta póliza no pagará por los **deducibles**, **copago** o **coseguro** del Plan Medicare Advantage.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.



Para información sobre sus derechos de apelación y cómo protegerse y proteger a Medicare, consulte las páginas 85–97.

Los Gastos de su Bolsillo en un Plan Medicare Advantage Dependen de:

- Si el plan le cobra una **prima** mensual además de la que ya paga por la Parte B. Si cobra una prima combinada por la Parte A y B para los servicios médicos, los medicamentos recetados (Parte D) si la ofrece y los servicios adicionales (si los ofrece).
- Si el plan paga alguna parte de la prima mensual de la Parte B (vea “Ahorre en su Prima de la Parte B” abajo).
- Si el plan cobre un **deducible** anual o cualquier deducible adicional.
- Cuánto le corresponde pagar a usted por cada visita o servicio (**copago**).
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si cumple las normas del plan, como por ejemplo si usa proveedores de la red del plan.
- Si usted necesita cobertura adicional y cuánto cobra el plan por dicha cobertura.

Para obtener más información sobre los costos de un Plan Medicare Advantage específico, llame al plan que le interesa para obtener más detalles.

Ahorre en el Pago de la Prima de la Parte B

Hay dos maneras de hacerlo:

- Unos pocos Planes Medicare Advantage pueden pagar toda o parte de la prima de la Parte B. Usted continuará recibiendo los servicios cubiertos por las Partes A y B.
- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) si tiene ingresos y recursos limitados para averiguar si puede obtener ayuda con el pago de la prima de la Parte B. Vea la página 83.

Ahorre en el Pago de la Prima de la Parte D

La prima de su Plan Medicare Advantage puede incluir la prima la Parte D. Algunos planes pueden pagar por parte o toda la prima de la cobertura de medicamentos recetados (Parte D). Cada año, los planes deciden si ofrecen esta ayuda, lea atentamente los documentos que le envía el plan.

Si usted es una persona con recursos e ingresos limitados, tal vez pueda obtener la “ayuda adicional” para pagar el costo de la prima de la Parte D y otros costos de cobertura de sus recetas médicas. Vea las páginas 78–81.

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage?

	Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)	Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
¿Cubre los medicamentos recetados?	En la mayoría de los casos los cubre. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un PPO que la ofrezca.	En la mayoría de los casos los cubre. Pregúntele al plan. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un HMO que la ofrezca.
¿Debo escoger un médico de cuidado primario?	No.	En la mayoría de los casos debe hacerlo.
¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?	Sí. Los PPO tiene una red de médicos y hospitales pero usted también puede atenderse con proveedores que no pertenecen a la red, generalmente pagando un poco más.	No. Por lo general debe recibir sus servicios de médicos y hospitales de la red del plan (excepto en emergencias, necesidad de atención urgente o diálisis si usted está fuera del país). Si el plan ofrece la opción de Punto de Servicio, puede obtener ciertos servicios fuera de la red por un costo más elevado.
¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?	No.	Sí, en la mayoría de los casos. Para la mamografía anual, el Papanicolaou y el examen pélvico dentro de la red del plan (por lo menos cada dos años) no necesita un referido.
¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay dos tipos de PPO—Los PPO regionales y los locales. ▪ Los PPO Regionales deben tener un límite para lo que gasta de su bolsillo en servicios cubiertos por Medicare. El límite varía con cada plan. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si su médico abandona el plan, se le notificará y usted podrá escoger otro médico del plan. ▪ Si recibe servicios fuera de la red del plan, tal vez tenga que pagar por el total del servicio. ▪ Es importante que cumpla las normas del plan, como por ejemplo obtener una aprobación previa cuando se la requieran.

Los Planes Medicare Advantage pueden variar. Lea los documentos que le envía el plan y entienda sus normas. Llame al plan para averiguar si el servicio que necesita está cubierto y cuánto cuesta.

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

¿Cubre los medicamentos recetados?	A veces. Si el PFFS no ofrece esta cobertura tendrá que inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.	No. Si desea esta cobertura tendrá que inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.
¿Debo escoger un médico de cuidado primario?	No.	No.
¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?	Sí, en la mayoría de los casos. Usted puede atenderse con cualquier médico o en cualquier hospital aprobado por Medicare si ellos aceptan tratarlo. No todos los proveedores aceptarán atenderlo o los términos de pago del plan.	Sí. Algunos planes pueden tener médicos y hospitales preferidos a los que puede ir por un costo más bajo.
¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?	No.	No.
¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los planes PFFS no son lo mismo que el Medicare Original o una póliza Medigap. ▪ El plan decide cuánto le paga a los médicos y hospitales y cuánto le corresponde pagar a usted. ▪ Los médicos, hospitales y otros proveedores pueden decidir no atenderlo dependiendo del caso. ▪ Antes de inscribirse en un PFFS, asegúrese de buscar un médico, hospital y otros proveedores que acepten atenderlo y que acepten los términos de pago del plan PFFS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los planes MSA tienen dos partes: una parte con deducible alto y una cuenta bancaria. Medicare le entrega al plan una cantidad cada año para sus servicios de salud, el plan deposita una parte de ese dinero en su cuenta. La cantidad depositada generalmente es menos que el deducible, de modo que usted tendrá que pagar de su bolsillo hasta que cubra la cantidad del deducible y recién comenzará su cobertura. ▪ El dinero que gasta en servicios cubiertos por las Parte A y B cuentan para el pago del deducible. Una vez que lo haya pagado, su plan comenzará a pagar por sus servicios cubiertos por Medicare. ▪ El dinero restante en su cuenta al final del año se juntará con el depositado para el próximo año.

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

	Planes para Necesidades Especiales (SNP)
¿Cubre los medicamentos recetados?	Sí. Todos los SNP deben ofrecer la cobertura de recetas médicas (Parte D).
¿Debo escoger un médico de cuidado primario ?	Generalmente sí, o usted tendrá que tener un coordinador para que planifique su atención médica.
¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?	Por lo general debe atenderse con médicos y en hospitales de la red del plan (excepto en caso de emergencia, de atención urgente fuera del país o de diálisis fuera del país). Los planes tienen especialistas para las afecciones o enfermedades que afectan a los miembros.
¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?	Sí, en la mayoría de los casos. Para la mamografía anual, el Papanicolaou y el examen pélvico dentro de la red del plan (por lo menos cada dos años) no necesita un referido.
¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los SNP atienden a personas que 1) viven en ciertas instituciones (como asilos de ancianos) o requieren cuidado de enfermería en sus hogares, o 2) que son elegibles para Medicare y Medicaid, o 3) padecen de uno o más problemas de salud que los incapaciten (como diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, problemas mentales, o VIH/SIDA). ▪ El plan puede limitarse a aceptar solamente a gente que pertenezca a uno de esos grupos o inclusive limitar a la gente dentro de estos grupos. También podrían aceptar un número limitado de miembros que no pertenezca a dichos grupos. ▪ Los planes deben coordinar los servicios y proveedores que usted necesita para mantenerse sano y para seguir las indicaciones de su médico. ▪ Si tiene Medicare y Medicaid, asegúrese de que los médicos y otros proveedores que lo atienden, acepten Medicaid. ▪ Si vive en un centro (como un asilo de ancianos), asegúrese de que los médicos y proveedores del plan atiendan a las personas de su asilo. ▪ Se le dará de baja del plan si deja de cumplir los requisitos para ser miembro de dicho plan, por ejemplo, si pierde los beneficios de Medicaid, o deja el asilo de ancianos. Si le dan de baja, regresará al Medicare Original y tendrá 3 meses para inscribirse en otro plan de salud de Medicare y en un Plan Medicare para Medicamentos Recetados.

Visite www.medicare.gov, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para buscar planes en su zona. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

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

Hable con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato sobre las normas que se aplican antes de inscribirse en un Plan Medicare Advantage. En algunos casos, si tiene cobertura de un empleador o sindicato y se inscribe en un Plan Medicare Advantage puede que pierda dicha cobertura. 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. Recuerde, si deja su cobertura de empleador o sindicato tal vez no pueda recuperarla.

¿Qué Ocurre si Canelo mi Póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) 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, tal vez tenga protecciones de Medigap especiales si ésta es la primera vez que:**
 - Se inscribe en un Plan Medicare Advantage, en otro plan de salud de Medicare
 - Compra una póliza Medicare SELECT (una póliza Medigap que requiere que use ciertos hospitales y a veces médicos específicos para obtener todos los beneficios)
- Estas protecciones le dan el derecho a recuperar su póliza Medigap anterior o una nueva si decide abandonar su plan de salud de Medicare Advantage o su póliza Medicare SELECT durante el primer año. En cualquiera de los dos casos la póliza Medigap no podrá incluir la cobertura de las recetas médicas. Vea la página 76.
- 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 111–114 para obtener el número de teléfono.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿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 Medicare, puede inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas pero, por lo general, no puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

- Si ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage, cuando le diagnostican ESRD, puede quedarse o inscribirse en otro plan ofrecido por la misma compañía en ciertas circunstancias.
- 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.

Si padece de ESRD y está inscrito en un Plan Medicare Advantage y el mismo abandona Medicare o ya no brinda cobertura en su área, usted tiene el derecho por solo una vez de inscribirse en otro Plan Medicare Advantage. No tiene que usar este derecho inmediatamente. Si cambia directamente al Medicare Original después de que su plan abandone Medicare o deje de brindar cobertura, igual tendrá por solo una 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 (SNP) para aquellos beneficiarios con ESRD, si hubiese uno disponible en su zona.

Para más información sobre ESRD, visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10128 y consulte la publicación “La Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón”.

¿Cuándo Puedo Inscribirme, Cambiarme o Cancelar un Plan Medicare Advantage?

Usted puede inscribirse, cambiarse o cancelar un 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 3 meses antes a 3 después del mes número 25 de su 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 añadir o cambiar a un plan de medicamentos recetados durante este período a menos que ya tenga la cobertura Medicare de recetas médicas. También no puede inscribirse, cambiar o cancelar un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos durante este período.

En la mayoría de los casos, usted debe permanecer inscrito por todo el año a partir del momento en que comienza su cobertura. Sin embargo, en ciertas situaciones, podrá inscribirse, cambiar o cancelar el plan en otros momentos. Algunas de estas situaciones incluyen:

- Si se muda fuera del **área de servicio** del plan
- Si tiene tanto Medicare como Medicaid
- Si es elegible para recibir la “**ayuda adicional**”
- Si vive en una **institución**

Usted puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener más información. Vea las páginas 111–114 para obtener el número de teléfono.

¿Qué Ocurre si mi Plan Medicare Advantage se Retira de Medicare?

Si su plan se retira de Medicare, le enviarán una carta indicándole cuáles son sus opciones. Generalmente, usted regresará automáticamente al Medicare Original si es que no escoge inscribirse en otro Plan Medicare Advantage. También tendrá derecho a comprar una póliza Medigap. Consulte las páginas 75–76.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿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/o de la Parte B. Esta información aparece en su tarjeta de Medicare.

¿Cómo Cambio de Plan Medicare Advantage?

Si ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage y desea cambiar de plan durante los períodos mencionados en la página 59, siga estas instrucciones:

- Si desea cambiar de un Plan Medicare Advantage a otro, simplemente inscríbese en el nuevo plan que ha escogido durante uno de los períodos mencionados en la página 59. Usted será dado de baja automáticamente del antiguo plan cuando empiece la cobertura del nuevo.
- Si desea cambiar de un Plan Medicare Advantage al Medicare Original, debe comunicarse con su plan o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.



Nadie puede llamar a su hogar sin que usted lo haya solicitado, para venderle cualquier producto de Medicare. Vea las páginas 94–97 si desea más información sobre cómo protegerse del fraude y del robo de identidad. Si piensa que su plan le ha dado información engañosa o confusa, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Otros Planes de Salud de Medicare

Algunas personas 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 de 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 siguiente. 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.

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 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 a 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 añadir esta cobertura.

Hay otro tipo de Plan de Costo que sólo brinda los servicios cubiertos por la Parte B. Estos planes nunca incluyen la Parte D. Los servicios de la Parte A están cubiertos por Medicare. Estos planes están patrocinados por planes de salud grupales de empleador o sindicato o son ofrecidos por compañías que no brindan los servicios cubiertos por la Parte A.

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 111–114

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Otros Planes de Salud de Medicare (continuación)

Programas Piloto

Los programas piloto, a veces conocidos como “estudios de investigación” 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 por tiempo limitado. Si desea más información sobre cómo funcionan llame al programa piloto.

Para informarse sobre los programas piloto actuales, visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Agente”. 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 y cobertura de medicamentos para personas delicadas de salud e incapacitadas. Este programa permite que las personas que necesitan cuidado de enfermería en el hogar permanezcan en sus comunidades.

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

- Tener 55 años de edad o más.
- Vivir en el [área de servicio](#) del programa PACE.
- Estar certificado por su estado como una persona elegible para el cuidado de asilo de ancianos.
- Ser capaz de vivir de manera segura en la comunidad con la ayuda de los servicios de PACE al momento de inscribirse.

PACE sólo está disponible en los estados que han elegido el programa como un beneficio opcional de Medicaid. Llame a su oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para averiguar si usted es elegible y si hay un PACE cerca de usted. Para obtener más información, también puede visitar www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11341-S.pdf para ver la hoja informativa “Resumen sobre Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE)”.

Si desea información sobre PACE, vea las páginas 103–104.



La Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D)

La cobertura de recetas médicas (Parte D) está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Para obtener esta cobertura debe inscribirse en un Plan de Recetas Médicas de Medicare. Estos planes los ofrecen las compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Cada plan varía en cuanto a los costos y a los medicamentos que cubre. Si desea esta cobertura debe escoger un plan que trabaje con su cobertura de salud.

Hay dos maneras de obtener la cobertura de medicamentos recetados:

1. **Inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare** (a veces conocido como “PDP”), que añade esta cobertura a Medicare, a ciertos 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 (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 Medicare de recetas médicas”.

Aun si ahora no necesita muchos medicamentos, debe igualmente pensar en inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas. Consulte la página 44 para obtener una lista de las cosas a tener en cuenta al escoger un plan. Si decide no inscribirse en un plan de recetas médicas cuando es elegible por primera vez, y no tiene otra **cobertura válida**, si se inscribe más tarde probablemente tenga que pagar la penalidad por inscripción tardía (una **prima** más alta). Vea la página 68 para obtener más información sobre la cobertura válida (acreditable).

Aviso: Las muestras gratis de los médicos, las tarjetas de descuento, las clínicas gratuitas o sitios Web que ofrecen medicamentos con descuento **no** son considerados cobertura de medicamentos **ni** cobertura válida.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.



Si usted es una persona de recursos e ingresos limitados, tal vez sea elegible para obtener la “**ayuda adicional**” para pagar por el costo de su cobertura de recetas médicas. También podría recibir ayuda de su estado. Vea las páginas 78–81.

¿Cómo Funciona La Cobertura De Los Medicamentos Recetados?

¿Quién Puede Obtenerla?

Para inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas usted tiene que tener las Partes A y/o B. Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud que ofrezca la cobertura de medicamentos recetados, debe tener las Partes A y B y vivir en el [área de servicio](#) del plan de medicamentos en el que desea inscribirse.



Si tiene cobertura de su empleador o sindicato, llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio o de inscribirse en cualquier otro plan. Si cancela su plan de empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarlo. Además, es posible que si cancela la cobertura de **medicamentos**, también tenga que cancelar su cobertura de **salud** (médico y hospital) de su empleador o sindicato. Tenga en cuenta que si deja su cobertura, tal vez tenga que cancelar la de su cónyuge y dependientes.

La Selección de un Plan Medicare de Recetas Médicas (Parte D)

Si se inscribe en uno de estos planes cuando es elegible por primera vez, 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 68 para obtener información importante sobre la penalidad por inscripción tardía.**

Una vez que se haya inscrito en un plan, le enviarán los documentos incluida la tarjeta que deberá usar cada vez que va a la farmacia a obtener un medicamento. Cuando usa la tarjeta, por lo general tendrá que pagar un [copago](#), [coseguro](#) y/o el [deducible](#) del plan.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿Cuándo Puedo Inscribirme, Cambiar o Cancelar un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

Usted sólo puede inscribirse, cambiar o cancelar el plan:

- Cuando es elegible para Medicare por primera vez.
- Del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.



En la mayoría de los casos, deberá permanecer inscrito por un año a partir de la fecha en que comienza la cobertura. Sin embargo, en ciertas situaciones, tal vez pueda inscribirse, cambiar o cancelar un plan en otros momentos (por ejemplo si se muda fuera del **área de servicio** del plan, se muda a una **institución**, pierde su otra **cobertura válida de medicamentos** o es elegible para recibir la “**ayuda adicional**”).

Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Vea las páginas 111–114 para obtener el número de teléfono.

¿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.**

Consulte las páginas 94–97 para información sobre cómo protegerse del fraude.

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). **Visite www.medicare.gov, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la lista de planes disponibles en su zona. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.**

¿Cómo Cambio de Plan de Recetas Médicas?

Según las 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 nuevo plan. Su nuevo plan le enviará una carta avisándole cuándo se inicia la cobertura.

¿Cuánto Cuesta la Cobertura de las Recetas Médicas?

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.

A continuación y en la página 67 encontrará una descripción de los pagos que le hace al plan de medicamentos durante el año. Después de la descripción encontrará un ejemplo de lo que tendrá que pagar en un plan. **Sus costos reales** variarán según los medicamentos que necesite, el plan que escoja, si los compra en una farmacia de la red del plan y si es elegible para la “ayuda adicional” para pagar por la cobertura de sus recetas médicas.

- **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. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage (HMO o PPO) o en un Plan de Costo de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos recetados, la prima mensual puede incluir una cantidad para cubrir los medicamentos.
- **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.
- **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, tendrá que pagar todos los costos de sus medicamentos hasta un límite. El deducible anual, coseguro, copagos y lo que pague durante la “interrupción de cobertura” se toma en cuenta para el límite de gastos de su bolsillo. El límite no incluye la prima del plan de medicamentos recetados.

Algunos planes ofrecen cobertura durante la interrupción, por ejemplo cubren los medicamentos genéricos. Sin embargo, podrían cobrarle una prima más elevada. Pregúntele al plan si sus medicamentos estarían cubiertos durante la interrupción de cobertura.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.



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

- **Cobertura catastrófica**—Una vez que haya alcanzado el límite para los gastos de su bolsillo durante la interrupción de cobertura, automáticamente obtendrá la “cobertura catastrófica”. Esta cobertura le garantiza que una vez que haya llegado al límite de gastos de su bolsillo, sólo pagará un pequeño **coseguro** o **copago** por el resto del año.

Aviso: Si obtiene la “ayuda adicional” para pagar por su cobertura de recetas médicas, no tendrá una interrupción en la cobertura y sólo tendrá que pagar un copago o coseguro pequeño. Vea las páginas 78–81.

El ejemplo a continuación muestra el costo de los medicamentos cubiertos para el 2009, para un plan con interrupción de cobertura.

La Sra. Torres se inscribe en un Plan Medicare de Recetas Médicas ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2009. No recibe la “ayuda adicional” y usa su tarjeta del plan para comprar sus medicamentos.

Prima mensual—La Sra. Torres paga una prima mensual durante el año.			
1. Deducible Anual	2. Copago/ Coseguro	3. Interrupción de Cobertura	4. Cobertura Catastrófica
La Sra. Torres paga los primeros \$295 del costo de sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar su parte.	La Sra. Torres paga un copago y el plan paga lo que le corresponde del costo de cada medicamento cubierto hasta que los que ambos hayan pagado (más el deducible) llegue a \$2,700.	Una vez que la Sra. Torres y su plan hayan gastado \$2,700, ella entrará a la interrupción de cobertura, lo que significa que tendrá que pagar el costo total de sus medicamentos hasta que la cantidad pagada por la Sra. Torres en medicamentos recetados sea de \$4,350.	Después que la Sra. Torres haya gastado de su bolsillo \$4,350, termina la interrupción de cobertura. Ahora sólo tendrá que pagar un copago pequeño (como \$6) por cada medicamento hasta el final del año.



Llame al plan que le interesa para obtener los costos específicos de los planes Medicare. También visite www.medicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿En qué Consiste la Penalidad por Inscripción Tardía en la Parte D?

La penalidad por inscripción tardía es la cantidad que se le añade a la **prima** de la Parte D (por todo el tiempo que tenga el plan de medicamentos) si **todas** las siguientes circunstancias son ciertas:

- Usted no se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare cuando es elegible por primera vez.
- Usted no tiene otra **cobertura válida de medicamentos recetados**.
- Usted decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas más tarde.

Aquí Hay Varias Maneras de Evitar el Pago de la Penalidad:

- **Inscríbase en un plan Medicare de recetas médicas cuando es elegible por primera vez.** Usted no tendrá que pagar una penalidad por inscripción tardía, aun si nunca antes tuvo cobertura de medicamentos recetados.
- **No vaya más de 63 días sin un plan de medicamentos recetados u otra cobertura válida/acreditable.** La cobertura válida puede incluir cobertura a través de su empleador o sindicato, TRICARE, del Departamento de Asuntos de Veteranos, o ciertas pólizas Medigap. (Usted debe recibir un aviso cada año en el que le informan si su cobertura es o no cobertura válida. Guarde esta notificación, tal vez pueda necesitarla si más tarde decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos.)
- **Avísele a su plan de recetas médicas de Medicare si tiene otra cobertura acreditable.** Espere por la carta de su plan preguntándole si tiene cobertura acreditable y llene el formulario que le envían si tiene otra cobertura. Si no le informa al plan sobre su cobertura acreditable, puede que tenga que pagar una penalidad.

¿Cuánto me Costará la Penalidad?

Cuando usted se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, el plan le dirá si tiene que pagar la penalidad y cuál será la cantidad que tiene que pagar por la prima mensual. Para calcular su penalidad, cuente el número de meses en los que no tuvo una cobertura válida de medicamentos después de ser elegible para inscribirse en el plan. Multiplique dicho número por \$.30 en el 2009 (cálculo de la penalidad de 1% en la página 122) así podrá calcular la cantidad que se añadirá a la prima mensual durante ese año. Esta cantidad puede aumentar cada año.

Normas Importantes de la Cobertura de Recetas Médicas

La siguiente información le ayudará con las preguntas que tenga cuando comience a usar su cobertura.

¿Qué Hago si Necesito Comprar un Medicamento Antes de Recibir la Tarjeta del Plan Medicare de Medicamentos Recetados?

Aproximadamente una semana después de inscribirse en el plan usted recibirá una carta en la que le avisan que recibieron su información. De 3 a 5 semanas después, recibirá el paquete de bienvenida con su tarjeta. Si necesita comprar un medicamento antes de que llegue su tarjeta, puede llevar a la farmacia cualquiera de estos comprobantes:

- Una carta 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, una prueba de cualquier otra cobertura de medicamentos que tenga. Si es elegible para la “ayuda adicional”, consulte la página 81 para averiguar qué puede usar como prueba de que le otorgaron la “ayuda adicional”. 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.**

Si quiere saber cómo trabaja la cobertura de Medicare de recetas médicas con otra cobertura de medicamentos, consulte las páginas 72–73.



Inscríbese 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.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Normas Importantes de la Cobertura de Recetas Médicas (continuación)

Los planes pueden tener normas de cobertura entre las que se incluyen:

- Autorización previa—Antes que el plan cubra esos medicamentos, usted o su médico deben comunicarse con el plan. Su médico tal vez tenga que demostrarle al plan 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 que le recetó el médico sea pagado por el plan, usted debe probar uno o más medicamentos similares de menor costo.

Si su médico piensa que alguna de estas normas no debería aplicarse, puede solicitar una excepción. Consulte las páginas 90–91.

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

Muchos Planes Medicare de Medicamentos Recetados clasifican sus medicamentos por “niveles”. Los medicamentos de cada nivel tienen un costo diferente. Por ejemplo, un medicamento clasificado en un nivel más bajo cuesta menos que el que está en un nivel más alto. En algunos casos, si el medicamento que usted necesita está en un nivel más alto y su médico indica que usted necesita usar dicho medicamento en vez de uno similar que cueste menos (nivel más bajo), puede solicitar una excepción y pedirle a su plan que le cobren un **copago** menor. Vea las páginas 90–91.

Aviso: La información sobre la lista de medicamentos cubiertos por el plan (formulario) no está incluida en este manual porque cada plan tiene su propio formulario. Los mismos pueden cambiar. Comuníquese con el plan por teléfono o visite el sitio Web del plan para obtener el formulario actualizado.



En la mayoría de los casos, los medicamentos que recibe como paciente ambulatorio por ejemplo en la sala de emergencia no están cubiertos por la Parte B. Su plan de medicamentos recetados de Medicare puede cubrirlos **en ciertas circunstancias**. Lo más probable es que tenga que pagarlos de su bolsillo y luego enviarle la factura al plan. Si desea más información llame a su plan.

Normas Importantes de la Cobertura de Recetas Médicas (continuación)

Maneras para pagar la prima del plan

Hay varias maneras de pagar la **prima** del plan de medicamentos. De acuerdo al plan y a su situación, usted puede pagar la prima de una de estas 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. **Deducirla de su cheque del Seguro Social.** Comuníquese con su plan (no con el Seguro Social) para averiguar sobre esta opción de pago. Si escoge esta opción, la primera deducción se hará a los 2 meses y se combinará el pago de la prima de los 2 primeros meses.



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

Use los recursos siguientes para obtener más información sobre la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados:

- Comuníquese con el plan que le interesa.
- Visite www.medicare.gov/pdphome.asp para obtener información general, ver las publicaciones y buscar los planes disponibles en su zona.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Cobertura de Medicamentos”. Los usuarios de con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Otros Seguros Privados

Los cuadros de las dos próximas páginas le brindan información sobre como trabajan o si se verán afectados por la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados.

Cobertura de empleador o sindicato—Cobertura de salud para usted, su cónyuge u otro familiar de su empleador anterior o actual o sindicato. Si tiene cobertura de medicamentos basada en su empleo actual o antiguo, su empleador o sindicato le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es **acreditable**. Guarde estas notificaciones. Si desea más información llame a su administrador de beneficios.

COBRA—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. Tal y como se explica en la página 24, hay varios motivos por los que debería aceptar la Parte B en vez de COBRA. Sin embargo, si acepta COBRA con cobertura de medicamentos recetados válida, se le dará un período especial de inscripción para que se inscriba en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados sin que tenga que pagar la penalidad una vez que termine la cobertura de COBRA. 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 en las páginas 111–114.

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) con Cobertura de Recetas Médicas—Si su póliza Medigap cubre sus medicamentos recetados, la compañía de seguro le informará cada año si su cobertura de medicamentos es válida. La mayoría no lo es. Usted no puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados y quedarse también con la cobertura de medicamentos de su póliza Medigap. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda con la póliza Medigap, la compañía de seguro Medigap debe quitar la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos de la póliza y reducir la **prima**. Si desea más información llame a su compañía de seguro Medigap.

Aviso: Guarde cualquier notificación de cobertura válida. **Tal vez la necesite si decide inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados más tarde.**

Otros Seguros del Gobierno

Seguro Médico para Empleados Federales (FEHBP)—Cobertura de servicios médicos para los empleados y jubilados federales y sus familiares. La cobertura de medicamentos de los FEHBP es considerada **cobertura válida**, y en la mayoría de los casos, será beneficioso que se quede con ella. Si se inscribe en un Plan Medicare de Recetas Médicas, puede quedarse con su plan de FEHBP, y los planes le informarán quién paga primero. Si desea más información comuníquese con la Oficina de Administración de Personal llamando al 1-888-767-6738, o visite www.opm.gov/insure. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-878-5707. Si tiene preguntas también puede llamar a su plan.

Beneficios para Veteranos—Seguro médico para los veteranos de guerra y de las fuerzas militares. Tal vez pueda obtener la cobertura de sus medicamentos a través del programa de VA. Esta es cobertura válida. Usted puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, pero si lo hace, no podrá usar ambos tipos de cobertura al mismo tiempo. En la mayoría de los casos, será beneficioso que se quede con su cobertura actual. Si desea más información llame la Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) al 1-800-827-1000 o visite www.va.gov. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-829-4833.

Beneficios para Militares (TRICARE)—Es un programa de atención médica para militares en servicio activo, militares jubilados y sus familias. Todos los beneficiarios de TRICARE son elegibles para el servicio farmacéutico de TRICARE. La mayoría de los beneficiarios se quedan con este servicio porque es considerado como cobertura válida de medicamentos. Usted también puede agregar la cobertura Medicare de los medicamentos recetados. Si lo hace, su plan Medicare para recetas médicas pagará antes que TRICARE. En la mayoría de los casos, será beneficioso que se quede con su cobertura actual. Si desea más información, comuníquese con la persona que se encarga de las reclamaciones de TRICARE llamando al 1-866-773-0404, o visite www.tricare.osd.mil. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-866-773-0405.

Servicios de Salud para Indígenas—Servicios para los indioamericanos y nativos de Alaska a través del Servicio Médico para Indígenas. Si recibe los servicios de alguno de estos proveedores, tiene cobertura válida de medicamentos. Si obtiene sus medicamentos de una farmacia de salud para indígenas, no tiene que pagar nada y su cobertura no tendrá interrupción. El inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas podría ayudar a su proveedor de servicios de salud para indígenas con los costos de los servicios, porque el plan pagaría una parte del costo de cada medicamento. Si desea más información, comuníquese con su proveedor de servicios de salud local para averiguar cómo trabaja Medicare con su seguro médico.

Cómo se Pagan sus Facturas si Usted Tiene Otro Seguro Médico

Cuando usted tiene otro seguro, hay normas para decidir si Medicare o su otro seguro paga primero. Al seguro que paga primero se le conoce como “pagador primario” y paga hasta el límite de su cobertura. El otro es el “pagador secundario”, sólo paga si es que cubre alguno de los costos que el pagador primario no ha pagado.

Si su otro seguro proviene de su empleador o sindicato, se aplican estas normas:

- Si usted está **jubilado** Medicare paga primero.
- Si su cobertura proviene de su **empleador actual** o de un miembro de su familia, el que paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, incapacidad o por padecer de ESRD:
 - Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, su plan paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados.
 - Si tiene más de 65 años y está trabajando, su plan paga primero si su empleador tiene 20 o más empleados.
- Si tiene Medicare porque padece de ESRD, su plan paga primero en todos los casos durante los 30 primeros meses que usted tenga Medicare.

Los seguros siguientes siempre pagan primero:

- 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 tiene otro seguro dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia para que las cuentas sean pagadas correctamente. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre su otro 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 1-877-486-2048.

Póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

Medicare paga por muchos, pero no todos los servicios médicos y suministros. Una póliza Medigap, vendida por una compañía de seguro privada puede ayudarle a cubrir las faltas de cobertura de Medicare tales como **copagos**, **coseguro** y **deducibles**. Algunas pólizas Medigap cubren otros beneficios que Medicare no cubre como la atención médica cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos. Si usted está inscrito en Medicare y tiene una póliza Medigap, ambos planes pagarán la parte que les corresponde de la **cantidad aprobada por Medicare** para los servicios médicos cubiertos. Medicare no paga ningún costo de la póliza Medigap.



Cada póliza Medigap debe 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 en la mayoría de los estados por letras (Planes Medigap A a L). Cada póliza estandarizada debe ofrecer la misma cobertura básica, independientemente de la compañía de seguro que la venda. El costo es por lo general la única diferencia entre las pólizas vendidas por distintas compañías.

En Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, las pólizas 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?

- Generalmente, usted debe tener las Partes A y B de Medicare para comprar una póliza Medigap.
- Tendrá que pagar una **prima** mensual a la compañía de seguro que le vendió la póliza Medigap y además seguirá pagando la prima mensual por la Parte B. Vea la página 119.
- 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.
- Es importante que compare las pólizas dado que los costos pueden variar y en algunas pueden aumentar a medida que usted envejece. (Los precios pueden estar limitados por las leyes estatales.)

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

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

- El mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el período de 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). Después del período inicial de inscripción sus opciones para comprar una póliza Medigap pueden ser limitadas.
- Si tiene menos de 65 años, tal vez tenga derechos adicionales para comprar una póliza Medigap, de acuerdo a las leyes del estado.
- Si tiene una póliza Medigap y se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), **no puede** usar su póliza Medigap para pagar los **copagos** y **deducibles** de su Plan Medicare Advantage.
- Si ya tiene un Plan Medicare Advantage, es ilegal que cualquier persona le venda una póliza Medigap a menos que usted esté regresando a Medicare.
- Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage por primera vez y no está satisfecho con el plan puede regresar a Medicare dentro del año de haberse inscrito en el Plan Medicare Advantage. Si se inscribió cuando fue elegible por primera vez para Medicare, tiene derecho a comprar una póliza Medigap. Si tenía la póliza Medigap antes, puede recuperarla (sin la cobertura de medicamentos recetados) si es que la compañía aún la vende.
- Usted no puede tener la cobertura de recetas médicas de Medigap y la de un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Vea la página 72.

Si desea más información sobre las pólizas Medigap, visite www.medicare.gov/Publications/pdf/02110.pdf y consulte la publicación “Selección de una póliza Medigap: Una Guía sobre Seguro de Salud para las Personas con Medicare”. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para que le den el número de teléfono. Los usuarios con teléfono de texto (**TTY**) deberán deben llamar al 1-877-486-2048.

Para buscar pólizas Medigap, visite www.medicare.gov y seleccione “Compare los Planes de Salud y las Pólizas Medigap en su Zona”. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El número de teléfono está listado en las páginas 111–114.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Programas Para Personas Con Recursos e Ingresos Limitados



Hay programas federales y estatales disponibles para las personas con recursos e ingresos limitados. Estos programas pueden ayudarles a ahorrar dinero en sus servicios médicos y medicamentos, o brindarle un ingreso adicional.

La Sección 3 incluye información sobre:

La “ Ayuda Adicional ” para Pagar por los Costos de Cobertura de sus Recetas Médicas (Parte D)	78–81
Medicaid	82
Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs)	82
Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE)	82
Programas de Ahorros de Medicare	83
Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	84
Programas para los que viven en los Territorios estadounidenses de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana	84



Guarde toda la información que reciba de Medicare, del Seguro Social, de su plan médico o de medicamentos de Medicare, Medigap o del seguro de su empleador o sindicato. Esta información puede incluir cartas en las que le otorgan o niegan un beneficio, el Aviso Anual de Cambio, la notificación sobre la [cobertura válida de medicamentos](#) o el Resumen de Medicare. Para solicitar los programas que mencionamos en esta sección, usted necesitará estos documentos. También debe guardar una copia de cualquier solicitud que presente.

Ayuda para Personas con Recursos e Ingresos Limitados

Si usted es una persona con recursos e ingresos limitados, podría ser elegible para recibir ayuda para pagar por el cuidado de su salud y sus medicamentos.

Las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el Estado Libre Asociado de las Islas Marianas del Norte les brindan ayuda a sus residentes para pagar por los costos de los medicamentos cubiertos por Medicare. Esta ayuda no es la misma que la “ayuda adicional” descrita a continuación. Si desea más información, consulte la página 84.

“Ayuda Adicional” para Pagar por la Cobertura de Medicare de sus Recetas Médicas (Parte D)

¿En qué consiste este programa?

Usted podría ser elegible para recibir la ayuda adicional (también llamada subsidio por bajos ingresos) de Medicare para pagar por su cobertura de medicamentos si su ingreso anual y sus recursos están por debajo de los límites establecidos para el 2009:

- Ingreso de menos de \$16,245 y recursos de menos de \$12,510 para una persona soltera
- Ingreso de menos de \$21,855 y recursos de menos de \$25,010, para una persona casada que vive con su cónyuge y sin otros dependientes

Estas cantidades cambiarán en el 2010. Usted podría ser elegible aun si su ingreso es mayor (por ejemplo si vive o todavía trabaja en Alaska o Hawai). Los recursos incluyen el dinero que tenga en una cuenta corriente o en una cuenta de ahorro, acciones y bonos. Los recursos no incluyen su vivienda, automóvil, la sepultura y hasta \$1,500 para gastos de entierro (por persona), muebles y otros artículos del hogar.

Si usted es elegible para la “ayuda adicional” en el 2009, y se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, obtendrá lo siguiente:

- Ayuda para pagar la **prima** mensual del plan de medicamentos. Dependiendo de su ingreso y recursos y del monto de la prima, usted podría pagar una prima reducida o no pagar la prima de un plan básico. Para un plan mejorado (un plan que incluye más medicamentos y por lo general tiene una prima más elevada), usted tendrá que pagar por la cobertura extra.
- Ayuda para pagar por el **deducible** anual.
- Ayuda para pagar el **coseguro** y **copagos** de los medicamentos que estén en el formulario (lista de medicamentos cubiertos) del plan. Usted generalmente paga el precio total del medicamento si no está en el formulario del plan.
- La cobertura sin interrupción. Ve a las páginas 66–67.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

“Ayuda Adicional” para Pagar por la Cobertura de Medicare de sus Recetas Médicas (Parte D) (continuación)

Usted será elegible automáticamente para recibir esta ayuda si tiene Medicare y cumple con una las siguientes condiciones:

- Recibe los beneficios completos de Medicaid. Vea la página 82.
- 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 83
- Recibe el beneficio de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés) sin Medicaid. Vea la página 84.

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

Medicare le enviará una carta color púrpura 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.
- Si aún no se inscribió en el plan, debe hacerlo para recibir la “ayuda adicional”.
- Para obtener esta ayuda adicional debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Si no se inscribe en un plan, Medicare lo hará por usted para asegurarse que obtenga dicha cobertura. Si Medicare lo inscribe, le enviará una carta en papel color amarillo o verde avisándole la fecha en que comienza su cobertura.
- Cada plan cubre distintos medicamentos. Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre los medicamentos que usted necesita y si puede comprar en la farmacia que usted desea. Compárelo con otros planes de su zona.
- Usted puede cambiarse de plan en cualquier momento. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente.
- En la mayoría de los casos, usted pagará una cantidad pequeña por cada medicamento.
- Si tiene Medicaid, Medicare será quien le proporcione la cobertura de medicamentos. Sin embargo, algunos medicamentos que no estén cubiertos por el plan de Medicare podrían estar cubiertos por Medicaid, así como otros servicios que Medicare no cubre.
- Si tiene Medicaid y vive en un centro (como un asilo para ancianos), no pagará nada por los medicamentos cubiertos por Medicare.



La cantidad exacta que tenga que pagar dependerá del nivel del subsidio que obtenga (ayuda adicional). Fíjese en las cartas que reciba sobre la “ayuda adicional” o hable con el plan para averiguar el precio exacto de la prima, **deducible**, **coseguro** y **copagos**.

“Ayuda Adicional” para Pagar por la Cobertura de Medicare de sus Recetas Médicas (Parte D) (continuación)

Si no desea inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (por ejemplo porque quiere quedarse con su cobertura de empleador o sindicato) llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan que aparece en la carta que le enviaron. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. Dícales que no quiere inscribirse en un plan de medicamentos recetados (que usted “opta por no hacerlo”). Si continúa calificando para la “ayuda adicional”, y usted decide inscribirse en uno de estos planes más tarde, no tendrá que pagar una penalidad. Vea la página 68.

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

- Llamando al 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.
- Visitando www.socialsecurity.gov para solicitarla por Internet.
- Solicitándola en la oficina de Ayuda Médica Estatal (Medicaid). Para obtener el teléfono visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid”.

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 en las páginas 111–114.

Si solicita y obtiene la “ayuda adicional”, debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare 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 color verde avisándole cuándo se inicia su cobertura. Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre los medicamentos que usted necesita y si puede comprar en la farmacia que usted desea. Si no, puede cambiar de plan.



Si tiene cobertura a través de su empleador o sindicato y se inscribe en un Plan Medicare de Recetas Médicas, podría perder su cobertura de empleador o sindicato aun si es elegible para la ayuda adicional. Llame al administrador de beneficios de su empleador y obtenga más información antes de inscribirse en el plan.

Medicare obtiene información del Seguro Social o de su estado en la que le indican si es elegible o no para recibir la “ayuda adicional”. Si Medicare no tiene la información correcta, tal vez usted pague un precio incorrecto por su cobertura de medicamentos.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

“Ayuda Adicional” para Pagar por la Cobertura de Medicare de sus Recetas Médicas (Parte D) (continuación)

Si cree que reúne los requisitos para recibir la “ayuda adicional”, ¿qué puede hacer para asegurarse de que está pagando la cantidad correcta?

Si es elegible automáticamente, le habrán enviado una carta de Medicare color amarilla o verde que le puede mostrar a su plan como prueba que usted cualifica. Si solicitó la “ayuda adicional”, puede mostrar su “Aviso de Aprobación” del Seguro Social como prueba que usted cualificó.

También, puede mostrarle al plan cualquiera de los documentos que mencionamos a continuación, como prueba de que es elegible para la “ayuda adicional”. Cualquiera de los documentos mencionados debe indicar que usted fue elegible para Medicaid por un mes después de junio de 2008.

Comprobante de que tiene Medicaid	Comprobante de que Vive en una Institución
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia de la tarjeta de Medicaid ▪ Copia de un documento estatal que muestra que usted tiene Medicaid ▪ Copia impresa del formulario electrónico estatal de inscripción o una impresión de la pantalla del computador donde se indica que usted tiene Medicaid ▪ Cualquier otro documento de su estado que indique que usted tiene Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una factura de la institución (como por ejemplo de un asilo para ancianos) o una copia de un documento estatal donde se indique que Medicaid ha pagado por lo menos por un mes ▪ Una impresión de la pantalla del sitio Web de Medicaid de su estado donde se indique que usted vivió en una institución por lo menos por un mes

Llame a su plan para averiguar cómo puede hacerle llegar esta información. Si piensa que es elegible para la “ayuda adicional” porque tiene Medicaid o vive en una institución, pero no tiene o no encuentra un comprobante, pídale al plan que le ayude a conseguirlo.

Si pagó por sus medicamentos desde que fue elegible para la “ayuda adicional”, tal vez pueda recuperar alguno de estos pagos. Guarde los recibos y llame al plan para obtener más información.

Si su plan no corrige el problema para que usted pague la cantidad correcta por sus medicinas, puede presentarle una queja al plan. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para quejarse. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

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 (se les conoce como “doblemente elegibles”).

- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid casi todos los costos de sus servicios médicos están cubiertos ya sea que usted esté inscrito en o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO).
- Los programas Medicaid varían en cada estado. También pueden tener distintos nombres, como “Ayuda Médica” o “Medi-Cal”.
- Las personas que tiene Medicaid podrían tener cobertura de ciertos servicios que Medicare no cubre totalmente, como los servicios del asilo para 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.
- En algunos estados, para ser elegible para Medicaid debe tener Medicare.
- Llame a la oficina de Ayuda Médica Estatal (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) y diga “Medicaid” para obtener el número de teléfono de la oficina de Ayuda Médica Estatal en su estado. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs por sus siglas en inglés)

Varios estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a ciertos beneficiarios a pagar por sus medicamentos recetados basándose en sus necesidades económicas, su edad o problema médico. 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 al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), el número de teléfono aparece en las páginas 111–114.

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para las personas frágiles e incapacitadas. Estos programas permiten que las personas que necesitan servicios de enfermería en el hogar, permanezcan en sus comunidades. Para más información consulte las páginas 103–104.

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 los beneficiarios de Medicare a ahorrar dinero cada año.

Para ser elegible, debe cumplir las condiciones siguientes:

- Debe tener la Parte A.
- Su ingreso mensual no debe exceder \$1,239 y sus recursos deben ser menos de \$4,000 si es soltero.
- Su ingreso mensual no debe exceder \$1,660 y sus recursos deben ser menos de \$6,000 si está casado y vive con su cónyuge.

Aviso: Estas cantidades pueden cambiar cada año. Si usted vive en Alaska o Hawai, los límites serán un poco más altos. Muchos estados calculan sus recursos e ingresos de manera diferente, de modo que usted podría ser elegible en su estado aun si sus ingresos y recursos son más altos. 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 (por persona) para gastos de entierro.

Si desea más Información

- Llame o visite la oficina de Asistencia Médica Estatal (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.
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener el número en su estado. Los usuarios con teléfono de texto (**TTY**) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10126.pdf para ver la publicación “Si necesita ayuda con sus costos médicos, hay programas que pueden ayudarle”.
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), el número de teléfono aparece en las páginas 111–114.



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 brindan 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.

Para recibir los beneficios de SSI, 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 residente legal 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, visite www.socialsecurity.gov y use la “Herramienta de Evaluación de Elegibilidad de Beneficios” para averiguar si reúne los requisitos para obtener SSI u otros beneficios. 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.

Programas para las personas que viven en los territorios estadounidenses de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana

Son 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 la oficina local de Asistencia Médica Estatal (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.



Su estado ofrece cobertura médica gratuita o de bajo costo para los niños menores de 19 años que no tienen seguro médico. Llame GRATIS al 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) si desea más información sobre el Programa de Seguro Médico para Niños.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Protéjase y Proteja a Medicare



Usted puede protegerse y proteger a Medicare comprendiendo cuáles son sus derechos (incluido su derecho de apelación) y sabiendo cómo detectar y reportar el fraude.

La Sección 4 incluye información sobre:

- Sus Derechos Medicare e Información sobre Apelaciones . 86–88
- Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN) 89
- Apelaciones (en los Planes Medicare de Recetas Médicas) . 90–91
- Cómo Medicare Usa su Información Personal 92–93
- Protéjase del Fraude y del Robo de Identidad 94–95
- Patrulla Medicare de Beneficiarios de la Tercera Edad 95
- Fraude en la Facturación 96–97
- Cómo lo Protege Medicare 97
- Intermediario de Medicare para el Beneficiario 98

Sus Derechos Medicare

Independientemente del tipo de Plan Medicare que tenga, usted tiene ciertos derechos. Como beneficiario de Medicare, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con dignidad y respeto en todo momento
- No ser discriminado
- Tener acceso a médicos, especialistas y hospitales
- Obtener respuestas a sus preguntas sobre Medicare
- Conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre el mismo
- Obtener información de Medicare, sus proveedores y en ciertas circunstancias contratistas en un lenguaje claro y sencillo
- Recibir servicios urgentes y atención en la sala de emergencia
- Obtener una decisión sobre el pago de su atención médica o servicios, o sobre la cobertura de sus medicamentos
- Apelar (obtener una revisión) ciertas decisiones sobre el pago de su atención médica, servicios o cobertura de sus medicamentos recetados
- Presentar quejas, incluidas aquellas relacionadas con la calidad de la atención
- Que su información personal sea confidencial



¿Qué es una Apelación?

Una apelación es un recurso que puede usar cuando no está de acuerdo con una decisión sobre el pago o cobertura de un servicio tomada por Medicare, su plan de salud o su plan de medicamentos. Usted puede apelar si Medicare o su plan le niega:

- Un servicio, suministro o medicamento recetado y usted cree que deberían cubrirlo
- El pago de un servicio o medicamento recetado que usted recibió
- Un pedido de cambio del precio que tiene que pagar por un medicamento

También puede apelar si Medicare o su plan deja de pagar por un servicio o suministro que usted piensa que aún lo necesita.

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

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 de Medicamentos Recetados de Medicare, lea los documentos del plan para saber cómo solicitar una apelación, o visite www.medicare.gov.
- Si tiene Medicare Original, puede solicitar una apelación siguiendo estas instrucciones:
 1. Consiga 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, incluya un número de teléfono y su número de Medicare en el MSN. Haga una copia y guárdela en su archivo personal.
 4. Envíe el Resumen de Medicare o una copia del mismo, a la dirección del contratista de Medicare que aparece en el MSN. También puede enviar información adicional que tenga y que ayude a su caso.
 5. Usted debe apelar la decisión dentro de los 120 días de la fecha en que recibe el MSN. Si desea apelar, asegúrese de leer su MSN detalladamente y siga las instrucciones.

Si está inscrito en Medicare o en un Plan Medicare Advantage, en algunos casos, también puede solicitar una apelación acelerada. Vea la página 88.

¿Cómo Puede Averiguar si le Facturaron a Medicare o a su Plan por Servicios que Usted Recibió

Usted puede averiguarlo de las siguientes maneras:

- Solicite al proveedor de servicios de salud o al suplidor un resumen detallado. Debería recibirlo a más tardar en 30 días.
- Pregunte a su médico o proveedor si envió la reclamación a Medicare o a su plan.
- Si tiene Medicare fíjese en el MSN para ver qué servicios le cobraron a Medicare. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, pregúntele al plan.
- Verifique las reclamaciones que se enviaron a Medicare visitando www.MiMedicare.gov o llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Su Derecho a una Apelación Acelerada si está Inscrito en 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 no la recibe, pídale. Si la solicita, usted obtendrá una revisión acelerada de médicos independientes que decidirán si los servicios deben continuar.

- 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 para que le ayuden a presentar su pedido de apelación (el teléfono aparece en las páginas 111–114). También puede llamar 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. 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 Medicare, llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) local.
 - Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), llame al plan. Para obtener el número de teléfono, consulte los documentos del plan.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿Qué es un Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN por su sigla en inglés)?

Si tiene Medicare, su proveedor o suplidor puede darle un aviso llamado “Notificación Previa al Beneficiario” o “Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN):

- Este aviso le indica que Medicare probablemente (o con seguridad) no pagará por algunos servicios en ciertas situaciones.
- Le pedirán que decida si quiere recibir los servicios mencionados en el ABN.
- Si decide obtener dichos servicios tendrá que pagar lo que Medicare no pague.
- Le pedirán que firme el ABN indicando que ha leído y entendió el contenido del ABN.
- Un ABN no es una denegación oficial de cobertura de Medicare. Usted puede recibir los servicios listados en el ABN y solicitarle a su proveedor de servicios de salud que envíe una reclamación a Medicare o a su otro seguro. Si el pago es denegado, puede apelar la decisión.
- 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 inscrito en un Plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, llame al plan para averiguar si un determinado servicio o suministro será cubierto.

Si desea más información sobre los ABN visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112_S.pdf y consulte la publicación “Sus Derechos y Protecciones 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.

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

Sí, al tener la cobertura de recetas médicas de Medicare (Parte D), usted tiene derecho a tomar las medidas siguientes (aun si no ha comprado un medicamento específico):

- Obtener una explicación por escrito (llamada “determinación de cobertura”) de su plan de medicamentos recetados. Esta es la primera decisión tomada por su plan (no por la farmacia) sobre su cobertura, que incluye si un determinado medicamento está cubierto, si ha cumplido con los requisitos para recibir el medicamento recetado, cuánto debe usted pagar por dicho medicamento y si hará una excepción a la regla cuando usted la pida.
- Pídale al plan una “excepción” si usted y su médico creen que necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos (formulario) cubiertos por el plan.
- Solicite una “excepción” si usted y su médico creen que una norma de cobertura (como por ejemplo la de la 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 deben 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. Si la farmacia no le entrega el aviso, pídaselo.

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. Su pedido se procesará en forma acelerada si el médico o el plan determinan que su vida o su salud corren peligro si tiene que esperar. **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.**

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

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 el plan no le informa oportunamente sobre su decisión y usted puede demostrarle que el retraso para tomar la decisión podría afectar a su salud, la falta de respuesta del plan es considerada como una determinación de cobertura.

Si no está de acuerdo con la decisión sobre determinación de cobertura o sobre un pedido de excepción, tiene derecho a apelar la decisión. Hay cinco niveles de apelación disponibles. El primer nivel es apelar a su plan.

Si Desea Apelar una Decisión de su Plan sobre Determinación de Cobertura:

- 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 111–114.

Si su plan no responde a su pedido de determinación de cobertura, excepción o a su apelación, usted 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 y quiere una revisión independiente.

Si desea más información sobre sus derechos y los distintos niveles de apelación, visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112_S.pdf para ver la publicación “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Cómo usa Medicare su Información Personal

Usted tiene derecho a que su información personal y la información sobre su salud sean confidenciales. Las dos próximas páginas indican cómo su información puede usarse y divulgarse, y cómo puede obtenerla.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad 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
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si fuese necesario para garantizar que su privacidad esté protegida
- 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:

- A las agencias estatales o federales que tengan 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 incapacidades)
- Para evitar una amenaza seria e inminente para la seguridad o la salud
- Para comunicarse con usted si hubiera cambios en sus beneficios de Medicare
- Para crear un banco de información a través de la cual usted no será identificado

Cómo usa Medicare su Información Personal (continuación)

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 dicha 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, y que fue divulgada para pagar por su cuidado, para el funcionamiento de Medicare o a los agentes 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.

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 Medicare ha violado sus derechos de privacidad. Si usted presenta una queja sus beneficios de Medicare no se verán afectados.

También puede llamar GRATIS 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 con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Usted puede presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Visite www.hhs.gov/ocr/hipaa o llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios con teléfono de texto (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 de Medicare entró en vigencia el 14 de abril de 2003.

Protéjase del Robo de Identidad y del Fraude

El robo de identidad es un delito grave. 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. No sea una víctima del robo de identidad. ¡Protéjase!

Mantenga esta información en un lugar seguro. Usted tiene el control sobre cuándo y a quién autoriza a usar su información personal.

Por lo general, ninguna persona puede llamar o ir a su casa sin ser invitado, para venderle productos relacionados con Medicare. No comparta su información personal con nadie que haga esto. **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.

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, usted debe llamarlos a ellos. **Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE para reportar a cualquier plan que le solicite su información personal por teléfono o llame para que se inscriba en el plan.**

Aviso: Los planes de Medicare que ofrecen programas piloto pueden llamarlo para saber si quiere participar. Para más información sobre los programas piloto, consulte la página 62.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Protéjase del Robo de Identidad y del Fraude (continuación)



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 sobre el robo de identidad, visite www.consumer.gov/idtheft.

El Programa SMP (Patrulla de Personas de la Tercera Edad) Puede Ayudarle

El Programa SMP educa a los beneficiarios de Medicare para que participen activamente en la detección y prevención del fraude y abuso en el sistema de salud. Hay un Programa SMP en cada estado, el Distrito de Columbia, Guam, las Islas Vírgenes estadounidenses y Puerto Rico. Si desea más información o para localizar la sede de su Programa SMP local visite www.smpresource.org.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Protéjase y Proteja a Medicare del Fraude en la Facturación

La mayoría de los 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 ocurre cuando se le cobra a Medicare por servicios o suministros que usted nunca recibió. Todos los años, este fraude ocasiona pérdidas a Medicare. Usted paga por ello, con **primas** más altas.

A continuación mencionamos algunos ejemplos de fraude contra Medicare:

- Un proveedor de la salud le envía a Medicare una factura por servicios que usted no recibió.
- El proveedor le factura a Medicare por un equipo diferente al que le proporcionó a usted.
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para obtener servicios, suministros o equipo médico.
- Alguien le cobra a Medicare por equipo médico para el hogar después de que usted ya lo haya devuelto.
- Una compañía le ofrece un Plan Medicare de Recetas Médicas que no ha sido aprobado por Medicare.
- Una compañía usa información falsa y engañosa para que usted se inscriba en un plan de Medicare.

Si sospecha que el plan de Medicare le ha dado 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.

Cuando reciba servicios médicos o suministros, guarde los recibos que le entrega su proveedor. Úselos para fijarse si hay errores cuando reciba el Resumen de Medicare si está inscrito en Medicare o algún documento similar donde se listan los servicios, suministros o medicamentos que recibió.



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).
3. Llame a la línea gratuita 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. También puede enviar un correo electrónico a HHSTips@oig.hhs.gov.

Usted Podría Ganar Dinero si Lucha Contra el Fraude

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



Aviso: Para su protección, ya no se imprime su número de Medicare en el Resumen de Medicare. Los cinco primeros dígitos de su número de Medicare aparecen como “X”.

Cómo lo Protege Medicare

Medicare trabaja con otras agencias gubernamentales para proteger al Programa Medicare del fraude y para protegerlo a usted del robo de identidad. Con la ayuda de los proveedores de salud honestos, suplidores, agentes que velan por el cumplimiento de la ley y ciudadanos como usted, Medicare está mejorando su capacidad para prevenir el fraude y el robo de identidad. Algunos proveedores deshonestos han sido expulsados del programa Medicare y otros están en la cárcel. A través de estos actos se ahorra dinero a los contribuyentes y se protege a Medicare para el futuro. Abajo y en la próxima página mencionamos otras maneras en las que Medicare lo protege.

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, incapacitación, 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.

El Intermediario de Medicare

Un “intermediario” es una persona que evalúa los problemas y ayuda a resolverlos. El Intermediario de Medicare comparte información con la Secretaría 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:

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

El Intermediario analiza las preguntas que usted tenga cuando llama al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) y a través del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. Si desea más información sobre el Intermediario de Medicare, visite www.medicare.gov y seleccione “Intermediario”.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Planifique Con Anticipación

Esta sección le brinda información útil para que pueda tomar decisiones sobre su salud con anticipación. Su familia, amigos y parejas pueden ser una parte importante a la hora de planificar sobre su salud en el futuro. Ya sea que lo ayuden a comparar planes o a guardar una copia de las instrucciones por anticipado, pídale a una persona de confianza que lo ayude.

La Sección 5 incluye información sobre:

Cómo Comparar la Calidad de los Servicios de los Planes
y de los Proveedores 100

Sus Archivos Personales y Electrónicos de Medicare 101

Cómo Planificar el Cuidado a Largo Plazo 102–104

Expresar su Opinión a través de las Instrucciones por
Anticipado (un tipo de testamento en vida) 105–106



Si tiene preguntas o quejas sobre la calidad de un servicio cubierto por 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 teléfono de su QIO. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Cómo Comparar la Calidad de los Servicios de los Planes y Proveedores

No siempre podrá tomar decisiones sobre su salud con anticipación, pero cuando pueda, tómese el tiempo para comparar. Medicare reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por la mayoría de sus planes y de otros proveedores así como del grado de satisfacción de los beneficiarios sobre la atención y los servicios que reciben.

Ahora usted puede comparar la calidad de la atención y de los servicios brindados por los planes de medicamentos y proveedores de todo el país en www.medicare.gov o llamando al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El número de teléfono aparece en las páginas 111–114.

Cuando usted, un familiar, amigo o el asesor de SHIP visite www.medicare.gov, escoja una de las opciones siguientes:



- “Compare Planes de Salud y Pólizas Medigap”
- “Compare los Planes Medicare de Medicamentos Recetados”
- “Compare Centros de Diálisis”
- “Compare las Agencias para el Cuidado de la Salud en el Hogar”
- “Compare Hospitales”
- “Compare los Asilos para Ancianos”

Las herramientas de búsqueda de www.medicare.gov le brindan un resumen “instantáneo” sobre la calidad de los servicios de los planes y proveedores. Averigüe aún más:

- Preguntando qué hacen su plan y sus proveedores para garantizar y mejorar la calidad de los servicios. Cada plan y proveedor deben tener una persona con la que usted pueda hablar sobre la calidad de los servicios.
- Pregúntele a su médico qué piensa sobre la calidad de los servicios del plan y de otros proveedores. Hable con su médico sobre la información que provee Medicare sobre la calidad de la atención de los planes y proveedores.

Use la Tecnología para Controlar sus Servicios Médicos

Una manera de participar activamente en lo que respecta a su salud es aprender la nueva tecnología que se está usando para mantener sus documentos de salud. Hay dos tipos de archivos médicos que se mantienen electrónicamente:

1) **Archivo Médico Electrónico** que contiene la información detallada sobre su salud (como los análisis de laboratorio) y que son principalmente para que los use su médico y 2) **Archivo Médico Personal** que es el archivo que usted guarda con su información médica personal.

Archivo Médico Electrónico

Muchos proveedores, como médicos, enfermeras, hospitales y proveedores de equipo están empezando a guardar la información en sus computadoras en vez de en un archivo impreso. A estos datos mantenidos en la computadora se les conoce como Archivo Médico Electrónico (EHR por su sigla en inglés).



Medicare apoya a los médicos y proveedores que archivan la información electrónicamente. EHR se asegura de que estos proveedores tengan la misma información en lo que respecta a su problema de salud, tratamiento, análisis y recetas, lo que reduce el margen de error y puede mejorar la calidad de la atención.

Los gobiernos federales y estatales ya tienen normas estrictas para la protección y seguridad de la información electrónica. Se sigue trabajando para que dicha tecnología sea aún más segura. Usted tiene derecho a ver y obtener una copia de su historial médico, aun si su información está en un EHR.

Archivo Médico Personal

El Archivo Médico Personal (PHR por su sigla en inglés) es un archivo electrónico de su información médica que usted crea y controla. Usted puede hacer un seguimiento de su información médica como por ejemplo la fecha de su último examen físico, los resultados de sus análisis, alergias o una lista de los medicamentos que toma. El PHR le ayuda a participar en el cuidado de su salud. A veces los planes, proveedores o compañías privadas pueden ofrecer distintas formas para usted pueda crear su propio PHR. Hable con su médico o con su plan para averiguar sobre el PHR.

Aun si decide no crear su PHR, le aconsejamos que guarde toda su información médica en un solo lugar.

Si desea más información sobre los EHR o PHR visite www.medicare.gov.

Planificación del Cuidado a Largo Plazo

¿Qué es el Cuidado a Largo Plazo?

El cuidado a largo plazo incluye una gama de servicios tanto médicos como no médicos para las personas que padecen de enfermedades crónicas o incapacidades. Este tipo de atención puede ser brindada en el hogar, la comunidad, en una dependencia de vida asistida o en un asilo para ancianos. La mayoría de los servicios consisten en ayuda de personal no especializado para realizar las tareas diarias como bañarse, vestirse, etc.

¿Paga Medicare por el cuidado a largo plazo?

Medicare y la mayoría de los planes de salud, incluidas las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) no pagan por este tipo de cuidado, llamado “**cuidado de compañía**”. Medicare sólo paga por el cuidado necesario por razones médicas en un **centro de enfermería especializada** o por el cuidado de la salud en el hogar, en ciertas circunstancias. Vea la página 20.

¿Cómo puedo pagar por el cuidado a largo plazo?

Seguro de Cuidado a Largo Plazo—Es un seguro privado que paga por muchos tipos de cuidado a largo plazo, incluido el cuidado de compañía especializado y no especializado (custodia). Estos seguros varían significativamente. Algunas pólizas pueden cubrir sólo la atención en un asilo para ancianos. Otros tal vez cubran muchos servicios como un centro residencial para adultos, vida asistida, equipo médico y el cuidado informal.

Aviso: El seguro de cuidado a largo plazo no reemplaza su cobertura Medicare.

Su empleador antiguo o actual o sindicato podrían ofrecer un seguro de cuidado a largo plazo. Los empleados federales activos y jubilados, los miembros activos o retirados de las Fuerzas Armadas y sus dependientes pueden solicitar la cobertura del Programa Federal de Seguro de Cuidado a Largo Plazo. Si tiene preguntas llame a la Oficina de Administración de Personal al 1-888-767-6738 o visite www.opm.gov/insure/ltc. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-878-5707.

Recursos personales—Usted puede usar sus ahorros para pagar por el cuidado a largo plazo. Algunas compañías de seguro le permiten usar su seguro de vida para pagar por este cuidado. Pregúntele a su agente de seguro.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Planificación del Cuidado a Largo Plazo (continuación)

¿Cómo puedo pagar por el cuidado a largo plazo? (continuación)

Medicaid—Es un programa conjunto federal y estatal que paga ciertos servicios médicos para las personas de bajos recursos e ingresos limitados. Si es elegible tal vez pueda obtener ayuda para pagar por el cuidado en un asilo para ancianos o para otros costos de salud. Vea la página 82 para obtener más información sobre Medicaid.

Programas para el Hogar y la Comunidad—Si es elegible para Medicaid (o, en algunos estados podría ser elegible para la cobertura de Medicaid en un asilo para ancianos) podría obtener la ayuda disponible para pagar por los servicios que le permitan permanecer en su hogar en vez de vivir en un asilo para ancianos. Por ejemplo, ayuda para las tareas del hogar, el cuidado personal y el cuidado de relevo. Si desea más información visite www.eldercare.gov. También puede llamar al Localizador Eldercare al 1-800-677-1116 (durante la semana de 9:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este) para conseguir el número de teléfono de su Agencia sobre Envejecimiento local.

PACE (Cuidado Total de Salud para Ancianos)—PACE es un programa de Medicare y Medicaid que ofrece servicios en la comunidad para personas que de otro modo necesitarían el nivel de cuidado brindado en un asilo para ancianos. PACE fue creado para brindarle a usted, su familia, las personas que lo cuidan y sus proveedores de servicios médicos la flexibilidad de atender a sus necesidades médicas mientras usted continúa viviendo en su comunidad.



PACE brinda toda la atención y servicios cubiertos por Medicare y Medicaid, tal y como haya sido autorizado por el equipo de profesionales de la salud y los servicios **necesarios por razones médicas** que no estén cubiertos por Medicare y Medicaid. PACE brinda cobertura de recetas médicas, atención médica, transporte, atención en el hogar, controles, visitas al hospital y estadías en asilos para ancianos cuando sea necesario. Si usted tiene Medicare y Medicaid, no tendrá que pagar un copago o coseguro.

Planificación del Cuidado a Largo Plazo (continuación)

¿Cómo puedo pagar por el cuidado a largo plazo? (continuación)

PACE (Cuidado Total de Salud para Ancianos) (continuación)



Con PACE su falta de medios para pagar no será un impedimento para que reciba los servicios que necesita. Si usted tiene Medicare y Medicaid, puede que tenga un pequeño pago mensual como parte del beneficio PACE para el cuidado a largo plazo. Si no tiene Medicaid, se le cobrará una **prima** mensual para cubrir los servicios de cuidado a largo plazo de PACE y los medicamentos de la Parte D de Medicare. Sin embargo, con PACE, no existe ningún compromiso de **deducible** o **copago** por cualquier medicamento, servicio o cuidado aprobado por el equipo de profesionales de la salud de PACE.

Recursos para el Cuidado a Largo Plazo

Use los recursos siguientes para obtener información sobre el cuidado a largo plazo:

- Visite www.medicare.gov y seleccione “Planifique para sus Necesidades de Cuidado a Largo Plazo”.
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (**TTY**) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.longtermcare.gov para averiguar sobre el cuidado a largo plazo y obtenga una copia del paquete de planificación “Sea Dueño de su Futuro”.
- Llame al Departamento Estatal de Seguro para obtener información sobre el seguro de cuidado a largo plazo. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono.
- Llame a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros al 1-866-470-6242 para obtener una copia de “Una Guía para los Compradores de Seguros de Cuidado a Largo Plazo”.
- Visite el Localizador Eldercare en www.eldercare.gov para buscar el Centro de Recursos para Incapacitados y Ancianos local.

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Expresar su Opinión a través de las Instrucciones por Anticipado

Las instrucciones por anticipado son documentos **legales** que le permiten expresar por escrito su voluntad sobre su atención médica por si llegara el momento en que esté tan enfermo que no pueda hacerlo. Las instrucciones por anticipado por lo general incluyen:

- Testamento en vida
- Un poder legal
- Deseos para después de su muerte

Es importante que hable con sus familiares, amigos y médicos, pero estos documentos legales le garantizan que se cumplan sus deseos. Siempre es mejor pensar y tomar estas decisiones mientras esté sano.

Un testamento en vida es un documento que estipula cuál es el tratamiento médico que aceptaría o rechazaría si su vida corriera peligro. Diálisis para la insuficiencia renal, un respirador artificial si ya no puede respirar por sí mismo, CPR (resucitación cardiopulmonar) si su corazón y respiración se detienen, un tubo para alimentarlo si ya no puede comer por sí mismo, son algunos ejemplos de las decisiones que puede aceptar o rechazar.

Un poder legal para las decisiones médicas es otra forma de asegurarse de que su voluntad se cumpla. Usted nombra a una persona de su confianza para que legalmente tome las decisiones sobre su salud si llegado el momento usted no pudiera hacerlo. Este es un paso importante porque si repentinamente usted no puede tomar este tipo de decisión, la persona en la que usted confía y a quien le ha dado un poder legal lo hará por usted.

Las instrucciones por anticipado también incluyen sus deseos para después de su muerte como por ejemplo la donación de órganos y de tejidos.



Si usted ya tiene sus instrucciones por anticipado, revíselas para ver si aun está conforme con sus decisiones y para asegurarse de que la persona que escogió para que lo represente aún está disponible y quiere hacer lo que usted le ha indicado. Averigüe cómo cancelar o actualizarlas en su estado si ya no reflejan su voluntad. **Asegúrese de entregarle sus nuevas instrucciones por anticipado a sus médicos, a su representante legal y a sus familiares.**

Cada estado tiene sus propias reglas para las instrucciones anticipadas. Si desea información, comuníquese con su proveedor de servicios de salud, su abogado, la oficina para ancianos de su localidad y su departamento estatal de salud.

Expresar su Opinión a través de las Instrucciones por Anticipado (continuación)

Consejos

1. Guarde el documento original de sus instrucciones anticipadas en un lugar fácil de encontrar.
2. Entréguele una copia a la persona que nombró como representante y a sus familiares más cercanos.
3. Entréguele una copia a su médico para que la ponga en su archivo médico. También entregue una copia al hospital o al asilo para ancianos si viviera allí.
4. Lleve en su billetera una tarjeta que contenga sus instrucciones por anticipado.



Si Desea Más Información

(Teléfono, Sitios Web, Publicaciones)



Medicare tiene fuentes de información gratuitas para ayudarle con sus preguntas sobre Medicare.

La Sección 6 incluye información sobre:

1-800-MEDICARE	108
www.MiMedicare.gov (su información personal de Medicare)	109
www.medicare.gov (para información general)	109
Publicaciones de Medicare	110

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 información las 24 horas del día, incluidos los fines de semana.

- Hable claramente y tenga a mano su tarjeta de Medicare. Le pedirán su número de Medicare.
- **Diga “Agente” (*Agent*) en cualquier momento 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 adicional” para pagar por la cobertura de sus medicamentos	“Ingreso limitado”
Formularios y publicaciones	“Publicaciones”
Números de teléfono de su oficina de Ayuda Médica Estatal (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”
Servicios del asilo para ancianos	“Asilo para ancianos”

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 comparta la información personal sobre su salud a otra persona, debe comunicárselo a Medicare por escrito. Puede llenar una “Autorización para divulgar información médica personal”; puede hacerlo en www.medicare.gov u obtener el formulario llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Obtenga la Información que Necesita en Línea

¿Necesita Información Personalizada?

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

- Llene el formulario inicial de inscripción.
- 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.
- Inscríbese para recibir el manual de “Medicare y Usted” electrónicamente (vea la página 122).



“¡Es muy fácil usar www.MiMedicare.gov! Me mantengo al día con la información sobre mis reclamaciones, obtengo copias de mis Resúmenes de Medicare y verifico cuáles son los servicios preventivos que puedo recibir.”

¿Necesita Información General sobre Medicare?

Visite www.medicare.gov:

- Averigüe cuáles son los planes disponibles en su zona.
- Busque médicos y proveedores 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.
- Busque 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. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El número de teléfono aparece en las páginas 111–114.

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 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”.

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 decir “Publicaciones” para averiguar si le pueden mandar una copia impresa de la publicación que le interesa. 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 incluida la “ayuda adicional”
- Planes Medicare Advantage, incluidos los planes Medicare MSA y los Planes Privados de Pago por Servicio
- Selección de un asilo para ancianos
- Calidad de los servicios del hospital
- Compare los planes de salud y los proveedores
- Cuidado de salud mental
- Diálisis renal y trasplantes
- Cuidado en un centro de enfermería especializada
- Luche contra el fraude
- Derechos y protecciones
- Cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Las palabras indicadas en color azul están definidas en las páginas 115–118.

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.

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.

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.

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.



Definiciones

La Sección 7 incluye las definiciones de las palabras usadas en este manual.

Área de Servicio—El área geográfica donde su plan acepta miembros si es que el plan se limita la aceptación de miembros basándose en el área donde viven. Para los planes que requieren que usted use sus médicos y hospitales, es también el área donde se brindan los servicios médicos (que no sean de emergencia). Si se muda fuera del área de servicio, el plan debe cancelar su cobertura.

Ayuda Adicional—Un programa de Medicare para ayudar a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar por los costos de la cobertura de recetas médicas, tales como las primas, deducibles y coseguro.

Cantidad aprobada por Medicare—En Medicare Original, es la cantidad de pago que puede recibir un médico o proveedor, incluido lo que paga Medicare y cualquier deducible, coseguro o copago que usted pague. Puede ser menos que la cantidad que cobra un médico o proveedor.

Cobertura Válida de Medicamentos Recetados—Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, puede conservarla sin tener que pagar la penalidad, si deciden inscribirse más tarde en un Plan Medicare de Recetas Médicas.

Copago—Es la cantidad que 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.

Coseguro—La cantidad que tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Cuidado de Custodia/Compañía—Cuidado personal no especializado, para ayudarle con las actividades diarias 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 echarse gotas en los ojos. 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.

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud o medicamentos, antes de que Medicare, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Días de Reserva de por Vida/Vitalicios—En el Medicare Original son días adicionales que Medicare pagará cuando ha estado hospitalizado por más de 90 días. Usted tiene un total de 60 días que 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 120 para la cantidad que tendrá que pagar en el 2009.

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.

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 refiere 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.

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 Mejoramiento de Calidad (QIO por su sigla en inglés)—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.

Período de Beneficio—La forma en que 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.

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

Referido—Una orden 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 una referido, es posible que el plan no pague.

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.

Los Costos De Medicare Para El 2009

Sus Primas Mensuales de Medicare en el 2009

Prima Mensual de la Parte A (Seguro de Hospital)

La mayoría de las personas no pagan la [prima](#) de la Parte A porque pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban.

Usted paga hasta \$443* mensuales si no recibe la Parte A libre de cargo.

Prima Mensual de la Parte B (Seguro Médico)

Si Su Ingreso Anual Es		Usted Paga
Declaración de Impuestos Individual	Declaración de Impuestos Conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	\$96.40*
\$85,001–\$107,000	\$170,001–\$214,000	\$134.90*
\$107,001–\$160,000	\$214,001–\$320,000	\$192.70*
\$160,001–\$213,000	\$320,001–\$426,000	\$250.50*
Más de \$213,000	Más de \$426,000	\$308.30*

Aviso: Si todos los meses usted recibe un cheque del Seguro Social, de RRB o del Servicio Civil, debe hacer que deduzcan su prima mensual de la Parte B de ese cheque mensual. Si no recibe ninguno de estos beneficios y se inscribe en la Parte B, cada mes le enviarán una factura por la cantidad de la prima. Si decide comprar la Parte A, siempre recibirá una factura por la prima. Usted puede enviar el pago de la prima por correo a Medicare Premium Collection Center, P.O. Box 790355, St. Louis, MO 63179-0355. Si recibe una factura de RRB, envíe el pago de la prima a RRB, Medicare Premium Payments, P.O. Box 9024, St. Louis, MO 63197-9024.

Primas Mensuales de las Partes C y D (Plan de Salud y Recetas Médicas de Medicare)

Llame a los planes que le interesen para saber la prima actual del plan. También debe pagar la prima de la Parte B (y de la Parte A si no la consigue libre de prima), o se añadirá una cantidad a su prima de la Parte C por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D). Para averiguar cómo ahorrar en la prima de la Parte B, consulte la página 53.

*Si tiene que pagar la penalidad por inscripción tardía, esta cantidad será más alta.

Lo que usted paga en el 2009 si está inscrito en Medicare

Los Costos de la Parte A por los Servicios y Suministros Cubiertos

Sangre	Si el hospital tiene que comprar la sangre, usted debe pagarle por las tres primeras pintas de sangre que reciba por año o donarla. En la mayoría de los casos el hospital la obtiene de un banco de sangre sin costo ninguno y no tendrá que pagarla o reponerla.
Cuidado de la Salud en el Hogar	Usted paga: <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 por los servicios de atención en el hogar ▪ 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero
Cuidado de Hospicio	Usted paga: <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 por el cuidado de hospicio ▪ Un copago de hasta \$5 por receta para aliviar el dolor y controlar los síntomas de los pacientes ambulatorios ▪ 5% de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de respiración (relevo por un período de tiempo corto para que la persona que lo cuida a diario pueda descansar) si usted está internado <p>Medicare no paga por el alojamiento y comidas si recibe cuidado de hospicio en su hogar o en otro centro (como un asilo para ancianos).</p>
Estadía en el Hospital	Usted paga: <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$1,068 de deducible y no paga el coseguro por una estadía de 1–60 días por cada período de beneficio ▪ \$267 diarios por una estadía de 60–90 días por cada período de beneficio ▪ \$534 por “día de reserva vitalicio” después de una estadía de 90 días por cada período de beneficio (hasta 60 días en toda su vida) ▪ Todos los costos diarios después de haber usado los días de reserva vitalicios. ▪ La atención psiquiátrica en un hospital de psiquiatría se limita a 190 días durante su vida <p>Vea “Servicios médicos y otros” en la página 121 para averiguar cuánto paga por los servicios del médico mientras está internado en el hospital.</p>
Estadía en un Centro de Enfermería Especializada	Usted paga: <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 por los 20 primeros días de cada período de beneficio ▪ \$133.50 diarios por una estadía de 21–100 días por cada período de beneficio ▪ Todos los costos después de los 100 días de cada período de beneficio

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

Lo que usted paga en el 2009 si está inscrito en Medicare (continuación)

Los Costos de la Parte B por los Servicios y Suministros Cubiertos

Deducible de la Parte B	Usted paga los primeros \$135 anuales por los servicios o suministros cubiertos por la Parte B.
Sangre	Si el proveedor tiene que comprar la sangre, usted debe pagarle por las tres primeras pintas de sangre que reciba por año o donarla. En la mayoría de los casos el proveedor la obtiene de un banco de sangre sin costo ninguno y no tendrá que pagarla o reponerla. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la sangre adicional que reciba como paciente ambulatorio y el deducible de la Parte B.
Servicios de Laboratorio	Usted paga \$0 por los servicios aprobados por Medicare.
Servicios de Salud en el Hogar	Usted paga \$0 por los servicios aprobados por Medicare, y 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 médicos (incluidas la mayoría de las visitas médicas mientras está internado en el hospital), la terapia ambulatoria*, la mayoría de los servicios preventivos y el equipo médico duradero.
Servicios de Salud Mental	Usted paga el 50% de la mayoría de los servicios psiquiátricos para paciente ambulatorio.
Otros Servicios Cubiertos	Usted paga un copago o coseguro .
Servicios Ambulatorios del Hospital	Usted paga un coseguro o copago que varía según el servicio para cada paciente ambulatorio. El copago por cada servicio no puede ser más del deducible que paga por la Parte A (Seguro de Hospital) (\$1,068 in 2009).

*En el 2009, podrían haber límites para la terapia física, ocupacional y del lenguaje/habla. Si ese 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 más bajos que los ya mencionados. Pregúntele a su plan.

Los Costos de los Servicios y Suministros Cubiertos por la Parte C y la Parte D (Planes de Salud y Recetas Médicas de Medicare)

Usted puede obtener la información sobre costos de los planes de Medicare en su área, en www.medicare.gov, llamando al plan 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 a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 111–114. Los Planes Medicare Advantage (como los HMO o PPO) deben cubrir todos los servicios y suministros de las Partes A y B. Para obtener las cantidades actuales, llame al plan.

Las cifras a continuación se usan para calcular la penalidad por inscripción tardía en la Parte D. La prima básica nacional puede cambiar cada año. Para más información sobre cómo se calcula la penalidad, consulte la página 68.

	2009
Prima Básica Nacional para la Parte D	\$30.36
Cálculo de la Penalidad Basado en 1%	\$0.30



A Medicare le interesa lo que usted piensa. Si tiene comentarios sobre este manual, envíenos un mensaje por correo electrónico a medicareandyou@cms.hhs.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE. No podremos responder a sus comentarios sobre el manual, pero los consideraremos al escribir las versiones futuras.



Escoja la Opción de Recibir los Manuales Futuros Electrónicamente.

Ahorre dinero de los contribuyentes inscribiéndose para recibir los futuros manuales Medicare y Usted electrónicamente (también se le conoce como eHandbook). Visite www.MiMedicare.gov para solicitar el del 2010 y los siguientes manuales electrónicamente. El próximo octubre le enviaremos una copia electrónica cuando el nuevo manual esté disponible. Si escoge recibirlo electrónicamente, no se le enviará una copia impresa por correo.

Consejos Para Prevenir El Fraude A Medicare

Lo que DEBE hacer

Proteja su número de Medicare (el que aparece en su tarjeta de Medicare). Tome con su tarjeta Medicare las mismas precauciones que tomaría con una tarjeta de crédito. No la entregue a menos que sea a su médico u otro proveedor de Medicare. Nunca entregue su número de Medicare o de Medicaid a cambio de equipo médico gratuito o cualquier otro suministro gratis. Los proveedores deshonestos usarán dichos números para obtener pagos por servicios que nunca dieron.

Recuerde que no hay nada que sea “gratis”. No acepte ofertas de dinero o regalos a cambio de servicios médicos gratuitos.

¡Haga preguntas! Usted tiene el derecho de saber todo sobre su atención médica incluidos los gastos que se le cobran a Medicare.

Aprenda lo que más pueda sobre Medicare. Sepa cuáles son sus derechos y qué es lo que un proveedor puede y no puede cobrarle a Medicare.

Escriba en el calendario sus citas médicas y los análisis o radiografías que le hacen. Luego compare sus notas con la información en el Resumen de Medicare para asegurarse de haber recibido el servicio listado y que no haya errores.

Sea cauteloso si un proveedor o el representante de un plan le dice que ha sido aprobado por el gobierno Federal.

Dude de los proveedores que le digan que un servicio o suministro generalmente no está cubierto, pero que ellos saben “cómo facturarle a Medicare” para que pague por dicho servicio o suministro.

Asegúrese de entender cómo trabaja el plan antes de inscribirse.

Consejos Para Prevenir El Fraude A Medicare

Verifique siempre el número de píldoras antes de dejar la farmacia, para asegurarse de que recibió la cantidad correcta. Si la cantidad es incorrecta, dígaselo al farmacéutico.

Reporte cualquier sospecha de fraude. Para averiguar a quién llamar, consulte las páginas 88–89.

Revise cuidadosamente sus avisos de pago de Medicare para ver si hay errores. Allí se mencionan los servicios y suministros que se le cobraron a Medicare, cuánto pagó Medicare y cuánto debe pagar usted. Asegúrese de que no se le haya cobrado a Medicare por servicios o suministros que usted no recibió. Si estuvo internado en el hospital, verifique que la fecha de admisión y la del alta, así como el diagnóstico sean correctos.

Lo que NO DEBE hacer

NO permita que nadie a excepción de su médico u otro proveedor de Medicare, vean su historial clínico o recomienden servicios.

NO le pida a su médico un servicio que no necesita. No dejen que lo convenzan de pedirle a su médico un servicio que no necesita.

NO acepte suministros médicos de vendedores que vayan de puerta en puerta. Si alguien va a su casa diciendo que vienen de parte de Medicare o Medicaid, recuerde que ni Medicare ni Medicaid envían a sus representantes a los hogares de los beneficiarios.

NO se deje influenciar por la publicidad sobre la salud. Muchos de los avisos publicitarios de la televisión y de la radio no tienen como objetivo principal su bienestar.

Esta página fue dejada en blanco intencionalmente.

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

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

Asunto oficial

Penalidad por uso privado, \$300

Publicación CMS No. 10050-S

Marzo 2009

Manual Nacional de Medicare

- Otras versiones disponibles en: Braille, audiocasete, letra grande (en inglés y español)
- ¿Sospecha de un fraude? Llame a la línea de fraude del Inspector General al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-377-4950.
- ¿Cambió de domicilio? Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778.



www.medicare.gov
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY 1-877-486-2048



10% Recycled paper