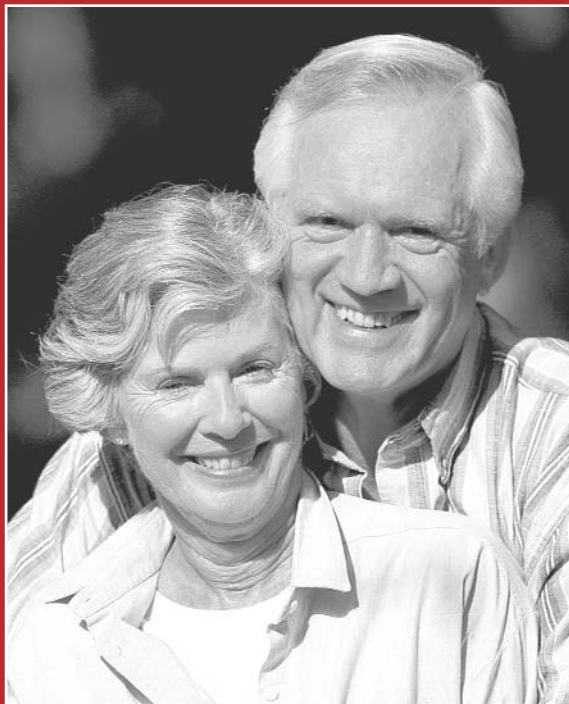




CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



Su Guía sobre  
**Planes Privados de  
Pago-por-Servicio  
de Medicare**

**Esta publicación oficial del gobierno  
contiene información importante sobre los  
Planes Privados de Pago-por-Servicio de  
Medicare, entre la que se incluye**

- ★ cómo funcionan estos planes
- ★ la inscripción, cambio o cancelación del plan, y
- ★ las preguntas que debe hacer para decidir cuál es el plan que le conviene más.





# Contenido

Lo Básico .....	1–3
Los Costos .....	4–5
Los Servicios Cubiertos .....	6–8
Agregue la Cobertura de Recetas Médicas .....	9
Cómo Inscribirse, Cambiar o Cancelar un Plan Privado de Pago-por-Servicio .....	10–12
Información sobre las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) .....	13–15
Derechos de Apelación .....	16–17
Si Desea Más Información .....	18
Número de teléfono del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud .....	19
Las Palabras que Debe Conocer. (Definición de las palabras en color rojo) .....	20–22
Índice .....	23

**Aviso:** La información en esta publicación era correcta al momento de su impresión. Después de la impresión puede que se hayan hecho cambios. Si desea la versión más actualizada, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

“Su Guía sobre los Planes Privados de Pago-por-Servicio de Medicare” no es un documento legal. El Programa Medicare está descrito en las normas, reglamentos y disposiciones correspondientes.

# Introducción

Medicare está trabajando con compañías de seguro privadas para ofrecerle maneras distintas de satisfacer sus necesidades médicas a través de los **Planes Medicare Advantage**. Use esta publicación para averiguar qué preguntas debe hacer para tomar una decisión informada. Sin embargo, usted necesitará más información de la que le brinda esta publicación para decidir si un **Plan Privado de Pago-por-Servicio** es lo mejor para usted. Además de esta publicación, debe leer los materiales del plan antes de decidir. Hable con alguna persona de confianza como su cónyuge, hijos, un amigo o su médico antes de escoger un Plan Medicare Advantage.

La inscripción en un Plan Privado de Pago-por-Servicio es optativa. Si desea información sobre otras opciones de planes de salud de Medicare, el manual “Medicare y Usted” que le envían por correo cada otoño. O, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y preguntarle al representante de servicio al cliente cuáles son las opciones de planes en su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

## **Recuerde que si se inscribe en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, sigue estando en el Programa Medicare.**

Lo que debe tener en cuenta al tomar una decisión sobre su cobertura de salud o de recetas médicas:

- Cada año debe evaluar sus necesidades de salud y de medicamentos. Si piensa que hay otro plan que responde mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan durante ciertos períodos.
- Si desea quedarse con su plan actual, no tiene que hacer nada.

# Lo Básico

## ¿Qué es un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Recuerde que las palabras en color rojo están definidas en las páginas 20–22.

Un **Plan Privado de Pago-por-Servicio** es un **Plan Medicare Advantage** ofrecido por una compañía privada. Si está en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, Medicare le paga una cantidad fija mensual a la compañía de seguro, para que le brinde cobertura médica a las personas con Medicare según un acuerdo de pago-por-servicio. Además, es la compañía de seguro en vez del Programa Medicare la que decide cuánto paga usted por los servicios que recibe.

**Aviso:** Un Plan Privado de Pago-por-Servicio no es el **Plan Original de Medicare, ofrecido por el gobierno federal**. Tampoco es una póliza **Medigap** (Seguro Suplementario a Medicare), ni un plan Medicare SELECT o un Plan Medicare para Recetas Médicas.

Debido a que las compañías son las que deciden dónde ofrecen los planes, puede que sólo ofrezcan los Planes Privados de Pago-por-Servicio en ciertas zonas del país. Las compañías pueden ofrecer uno de estos planes a todos los beneficiarios de Medicare de un estado o sólo en ciertos condados. También pueden ofrecer más de un plan en una misma zona, con beneficios y costos diferentes. Cada año, las compañías de seguro que venden Planes Privados de Pago-por-Servicio pueden decidir si ofrecen dicho plan en una zona determinada.

## ¿Cómo funcionan los Planes Privados de Pago-por-Servicio?

Por lo general, usted puede ser atendido en los Estados Unidos por cualquier médico u hospital aprobado por Medicare, que acepte antes de tratarlo, los términos y condiciones de pago del Plan Privado de Pago-por-Servicio. Usted debe presentar su tarjeta de miembro del plan cada vez que recibe un servicio médico. En la tarjeta hay un número de teléfono o un sitio Web para que el proveedor de servicios de salud averigüe los términos y condiciones del plan. Esto le permitirá al proveedor decidir si acepta los términos y condiciones de pago del plan. Si necesita atención de emergencia, la misma estará cubierta independientemente de que el proveedor acepte o no las condiciones de pago del plan.

Si se inscribe en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, tenga en cuenta que no todos los proveedores de la salud aceptan brindarle atención o los términos de pago del plan. Antes de recibir cualquier servicio, pregunte al médico o al hospital si están dispuestos a comunicarse con el plan para obtener información sobre los pagos y si aceptan los términos de pago del plan.

# Lo Básico

## ¿Cómo funcionan los Planes Privados de Pago-por-Servicio? (continuación)

### **Si su proveedor acepta los términos y condiciones de pago del plan**

El proveedor debe cumplir los términos y condiciones de pago del plan y enviarle al plan la factura por los servicios que usted recibió. Sin embargo, el proveedor puede decidir en cada visita si acepta o no a dicho plan y si acepta atenderlo.

### **Si su proveedor no acepta los términos y condiciones de pago del plan**

El proveedor no debe atenderlo a menos que sea una emergencia y usted tendrá que buscar otro proveedor de la salud que acepte dicho plan.

Si el proveedor decide atenderlo, no podrá enviarle una factura. Tendrá que enviarle la factura al plan por los servicios cubiertos. Usted sólo debe pagar el **copago** o **coseguro** autorizado por el plan por el tipo(s) de servicio(s) recibido en esa visita. Tal vez tenga que pagar una cantidad adicional si el plan autoriza al proveedor la **facturación del saldo**, (vea la página 4).

### **Si se inscribe en un Plan Privado de Pago-por-Servicio**

- Usted sigue en el Programa Medicare
- Continuará recibiendo todos los servicios cubiertos por Medicare
- Conservará todos los derechos y protecciones del **Plan Original de Medicare**, excepto que no estará protegido de pagar por los servicios que el Plan Privado de Pago-por-Servicio considera que no son **necesarios por razones médicas** (vea el ejemplo de la página 8).

**Aviso:** Si su Plan Privado de Pago-por-Servicio tiene una red de proveedores (que tienen contrato con el plan) para alguna o todas las categorías de servicios, usted puede igualmente atenderse con médicos que no pertenezcan a la red del plan. Siempre que dichos proveedores acepten las condiciones de pago del plan, usted puede atenderse con ellos pero tal vez tenga que pagar más. Pregunte a su plan cuáles son los proveedores de la salud con los que puede atenderse.

## **¿En que se diferencian los Planes Privados de Pago-por-Servicio del Plan Original de Medicare?**

El cuadro en la página 3 le muestra algunas de las diferencias entre estos dos tipos planes. Si desea más información, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccione “Compare las Opciones de Planes de Salud en su Área” para comparar todos los planes disponibles en su área.

Recuerde que las palabras en color rojo están definidas en las páginas 20–22.

# Lo Básico

	<b>Planes Privados de Pago-por-Servicio de Medicare</b>	<b>Plan Original de Medicare</b>
<b>Primas:</b> ¿Debo pagar la prima mensual de la Parte B para estar en el plan?	Sí	Sí
<b>Primas :</b> ¿Tendré que pagar una prima mensual adicional para estar en el plan?	Posiblemente, y no hay un límite para la cantidad que puede cobrarle el Plan Privado de Pago-por-Servicio por concepto de prima. Para averiguar el costo, llame a la compañía de seguro que ofrece el plan.	No
<b>Beneficios:</b> ¿Ofrece el plan más beneficios de los que cubren las <b>Partes A y B de Medicare?</b>	Posiblemente. Sin embargo, sus costos compartidos pueden ser distintos a los del <b>Plan Original de Medicare</b> . Para averiguar, llame a la compañía de seguro que ofrece el plan.	No
<b>Proveedores:</b> ¿Hay alguna limitación acerca de los médicos y hospitales que puedo usar para servicios cubiertos por el plan?	Posiblemente, la mayoría de los Planes Privados de Pago-por-Servicio no tienen una red de proveedores de los cuales recibir sus servicios. Usted debe buscar sus médicos, hospitales y otro tipo de proveedor que acepten los términos de pago del plan. Antes de inscribirse en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, asegúrese de encontrar proveedores que acepten las condiciones de pago del plan.  Hay unos pocos Planes Privados de Pago-por-Servicio que tienen una red de proveedores para alguna o todas las categorías de servicios. Usted igualmente puede atenderse con proveedores que no pertenezcan a la red del plan, pero que estén dispuestos a aceptar los términos de pago del plan, pero puede que usted tenga que pagar más.	No
<b>Costo Compartido:</b> ¿Permite el plan a los médicos y hospitales que le cobren más que los <b>deducibles, copagos y coseguro</b> de Medicare?	Posiblemente, los planes pueden permitirles a los proveedores que le cobren hasta un 15% más de la cantidad que paga el plan por los servicios. Para averiguar, llame a la compañía de seguro que ofrece el plan.  Su costo compartido podría ser más alto si se atiende con proveedores que no pertenecen a la red de cualquier Plan Privado de Pago-por-Servicio, que tenga una red de proveedores para algunas o todas las categorías de servicios.	No para los hospitales. Posiblemente para los médicos. Los médicos que no aceptan la <b>asignación</b> pueden cobrar hasta un 15% más de la <b>cantidad aprobada por Medicare</b> .
<b>Cobertura Suplementaria</b> ¿Puedo comprar una póliza <b>Medigap</b> (Seguro Suplementario a Medicare) que pague por los costos que no cubre mi plan?	No. Usted no necesita una póliza Medigap si se inscribe en este plan. Es ilegal que alguien le venda una póliza Medigap si está en este plan.	Usted puede comprar una póliza Medigap, para pagar por los servicios que el Plan Original de Medicare no cubre.

# Los Costos

## ¿Cuáles son los costos que tengo que pagar si me inscribo en un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Usted paga

- la **prima** mensual de la Parte B (\$93.50 en el 2007\*).
- cualquier prima adicional que le cobre el Plan Privado de Pago-por-Servicio además de la prima de la Parte B.
- cualquier prima adicional que le cobre el Plan Privado de Pago-por-Servicio por beneficios extra.
- todos los **deducibles**, **copagos** o **coseguro** que cobre el Plan Privado de Pago-por-Servicio. Por ejemplo, puede que el plan le cobre una cantidad fija (copago) como \$10 o \$20 cada vez que vaya a su médico. Estas cantidades pueden ser distintas a las que cobra el **Plan Original de Medicare**.

Recuerde que las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 20–22.

Los Planes Privados de Pago-por-Servicio pueden permitirles a los proveedores que le cobren hasta un 15% más de la cantidad que paga el plan por los servicios. La “**facturación del saldo**” (15%) se aplica a los proveedores que tiene un contrato con el Plan Privado de Pago-por-Servicio o con los que han cumplido con ciertas condiciones de la compañía (que podrían tener un contrato con el plan).

**Pregunte si su Plan Privado de Pago-por-Servicio permite a los proveedores cobrar el 15% adicional (facturación del saldo), pues esto influirá en la cantidad que usted tiene que pagar. Aun si esta cantidad adicional estuviese autorizada, puede que su proveedor acepte el pago del plan como pago total.**

Comuníquese con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (SHIP por su sigla en inglés), para averiguar si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar por sus primas, deducibles y/o coseguro.

\* La prima que paga por la Parte B de Medicare podría ser mayor si su ingreso anual es más de \$80,000 (soltero/a) o \$160,000 (pareja que presenta una declaración de impuestos conjunta). Estas sumas pueden cambiar cada año. Unos pocos Planes Medicare Advantage pagarán por parte o toda la prima de la Parte B. Usted seguirá recibiendo todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Si desea más información sobre la cantidad que debe pagar por la prima de la Parte B de acuerdo a su ingreso, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.



# Los Costos

¿Cuáles son los costos que tengo que pagar si me inscribo en un Plan Privado de Pago-por-Servicio? (continuación)

## Ejemplo

### Costos de los Planes Privados de Pago-por-Servicio

La Sra. Torres está pensando en inscribirse en un Plan Privado de Pago-por-Servicio. Dicho plan cobra una prima mensual de \$75 pero ofrece beneficios adicionales que no cubre el Plan Original de Medicare. Para inscribirse en este plan, la Sra. Torres deberá pagar la **prima** mensual de la Parte B (\$93.50 en el 2007) y la prima mensual que cobra el plan (\$75). El plan también cobra \$10 por cada consulta médica. Si la Sra. Torres consulta al médico tres veces en un mes, tendrá que pagar: \$93.50 y \$75 por las primas mensuales, más \$30 por las tres visitas médicas (\$10 por visita). Por lo tanto, la Sra. Torres pagará ese mes \$198.50 (\$93.50 + \$75 + \$30).

## ¿Cómo varían los gastos directos de mi bolsillo?

Cada año, los Planes Privados de Pago-por-Servicio determinan la cantidad que cobrarán por las primas, deducibles y servicios. El Plan Privado de Pago-por-Servicio (en vez del Programa Medicare) es quien decide cuánto pagará usted por los servicios que recibe. El plan puede cambiar la cantidad que usted paga sólo una vez al año el 1 de enero.

Lo que usted paga depende de

- el Plan Privado de Pago-por-Servicio que escoja,
- si el plan cobra una prima mensual adicional,
- cuánto cobra el plan por los servicios,
- si el plan autoriza a los médicos, proveedores y hospitales a cobrarle por los servicios más de lo que el plan paga (hasta un cierto límite), (si les permite hacerlo, usted tendrá que pagar esa diferencia, vea la página 4),
- la frecuencia y el tipo de servicio que reciba,
- cuáles sean los beneficios adicionales que cubre el plan, y
- si se atiende con proveedores de la salud que no pertenecen a la red del plan, si usted está inscrito en un Plan Privado de Pago-por-Servicio que tiene una red de proveedores.

## Los Costos

¿Cuáles son los costos que tengo que pagar si me inscribo en un Plan Privado de Pago-por-Servicio? (continuación)

### Ejemplo

Al Sr. Ramírez tienen que hacerle una cirugía. Su hospital tiene un contrato con un **Plan Privado de Pago-por-Servicio**. Este plan autoriza a los proveedores la “facturación del saldo” (cobrar al Sr. Ramírez 15% más de lo que paga el plan). El Sr. Ramírez debe pagar un **coseguro** equivalente al 20% por los servicios de internación en el hospital. El pago que el plan hace al hospital por la internación es de \$15,000, el Sr. Ramírez debe pagar \$3,000 (un coseguro del 20%). El hospital también le cobra al Sr. Ramírez 15% más de los \$15,000 que paga el plan. Lo que equivale a \$2,250. Por lo tanto, el Sr. Ramírez debe al hospital un total de \$5,250 (\$3,000 + \$2,250).

### ¿Cómo pago mis cuentas (médico, hospital, etc)?

Si recibe atención médica de un proveedor de la salud, sólo tiene obligación de pagar el copago o coseguro autorizado por el plan para el tipo de servicio(s) que recibió en ese momento. El proveedor le enviará la factura al plan por la cantidad restante y de acuerdo con los términos de pago del plan.

Si recibe una factura por el servicio(s), puede enviársela al plan para que pague al proveedor la parte que le corresponde. El plan le avisará si usted tiene que pagar una parte del costo. (Si usted ya pagó por un servicio(s) cubierto, el plan le reembolsará la parte que le corresponde.)

**Nota:** Si tiene alguna duda sobre si el Plan Privado de Pago-por-Servicio pagará por ciertos servicios médicos, puede pedirle al plan que le envíe por escrito una **decisión anticipada de cobertura** antes de recibir el servicio. El plan le avisará si pagará por dicho servicio.

# Servicios Cubiertos

## ¿Qué servicios debe cubrir un Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare?

Los Planes Privados de Pago-por-Servicio deben pagar por todos los servicios que sean **necesarios por razones médicas**, que estén cubiertos por las **Partes A y B de Medicare**.

Recuerde que las palabras en color rojo están definidas en las páginas 20–22.

## ¿Cuáles son los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare?

**Parte A de Medicare** (Seguro de Hospital) ayuda a pagar por la internación en el hospital. También ayuda a pagar por la atención en un centro de enfermería especializada, el cuidado de hospicio y el cuidado de la salud en el hogar si usted cumple con ciertos requisitos.

**Parte B de Medicare** (Seguro Médico) ayuda a pagar por los servicios necesarios por motivos médicos tales como el médico y la atención ambulatoria. La Parte B también cubre algunos servicios preventivos para ayudarle a mantenerse saludable y evitar que ciertos problemas médicos empeoren.

Si bien los Planes Privados de Pago-por-Servicio de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B que sean necesarios por razones médicas, lo que usted pague por estos servicios podría ser diferente a lo que paga con el **Plan Original de Medicare**. En algunos casos podría ser más o menos.

## ¿Ofrecen los Planes Privados de Pago-por-Servicio beneficios adicionales?

Estos planes pueden ofrecer beneficios adicionales que el Plan Original de Medicare no cubre, como servicios de la vista, dentales, auditivos y/o cobertura de las recetas médicas. Sin embargo, usted tendrá que pagar más por dichos beneficios. Para averiguar cuáles son los beneficios que cubre el Plan Privado de Pago-por-Servicio, llame a la compañía de seguro que lo ofrece. También puede visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Compare las Opciones de Planes de Salud en su Área”.

## ¿Cómo averiguo si el servicio que necesito es necesario por razones médicas?

Los Planes Privados de Pago-por-Servicio deben seguir las normas de cobertura de Medicare para decidir qué servicios son necesarios por motivos médicos. Esto significa que si el servicio es necesario por motivos médicos para el Plan Original de Medicare, entonces el Plan Privado de Pago-por-Servicio debe cubrirlo. También puede pedirle al plan que le envíe por escrito una **decisión anticipada de cobertura** para asegurarse de que dicho servicio sea necesario por razones médicas y que el plan lo pagará. Si solicita la decisión anticipada de cobertura, usted tiene el derecho de obtener una decisión del plan.

# Servicios Cubiertos

## ¿Cubren los Planes Privados de Pago-por-Servicio aquellos servicios que no sean considerados por Medicare como servicios necesarios por motivos médicos?

Recuerde que las palabras en color rojo están definidas en las páginas 20–22.

Los **Planes Privados de Pago-por-Servicio** podrían no cubrir los costos de los servicios que no sean considerados por Medicare como **necesarios por razones médicas**. Si necesita un servicio y el plan decide que no es necesario por razones médicas, usted tendrá que pagar por el servicio. Sin embargo, usted tiene el derecho de apelar la decisión (vea las páginas 16 y 17).

### Ejemplo

La Sra. Torres se rompió el brazo que cicatrizó correctamente. Su médico decidió mandarla a hacer terapia física para enderezar el brazo en lugar de enseñarle los ejercicios que podría hacer en su casa. Ella va a la terapia todos los días durante cinco días. El costo total de la terapia física es \$250. Una vez que la terapia terminó, la Sra. Torres descubrió que el plan analizó su reclamación y decidió que la terapia no era necesaria por razones médicas dado que su brazo ya había cicatrizado correctamente. Por lo tanto, el plan decidió no pagar por la terapia. La Sra. Torres debe pagar ese servicio de su bolsillo, pero si lo desea, puede apelar esa decisión.

## ¿Qué puedo hacer si el Plan Privado de Pago-por-Servicio no paga por un servicio que pienso que necesito?

Si el plan le deniega el pago de un servicio que usted cree que necesita,

- usted tendrá que pagar por el servicio si no solicitó una **decisión anticipada de cobertura**.
- puede apelar la decisión (vea las páginas 16 y 17).

Si desea inscribirse en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, pregúntele al plan o lea los documentos que le dieron para averiguar sobre los servicios necesarios por motivos médicos y las decisiones anticipadas de cobertura.

Para obtener más información sobre los servicios cubiertos por Medicare, consulte su manual “Medicare y Usted” o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). En “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Descubra lo que cubre Medicare”.

# Agregue la Cobertura de Recetas Médicas

## ¿Qué ocurre si el Plan Privado de Pago-por-Servicio ofrece la cobertura de recetas médicas?

El **Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare** podría ofrecer esta cobertura. Si usted desea la cobertura Medicare de sus recetas médicas y la misma es ofrecida por el plan, debe obtenerla a través de su Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare.

## ¿Qué ocurre si el Plan Privado de Pago-por-Servicio no ofrece la cobertura de recetas médicas?

Si el plan no ofrece esta cobertura, usted puede agregarla. Por lo general, usted sólo podrá hacerlo entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año (y la cobertura empezará el 1 de enero del año siguiente), de una de estas dos maneras:

- Puede quedarse con el Plan Privado de Pago-por-Servicio e inscribirse en un Plan Medicare para Recetas Médicas separado.
- Puede cambiarse, durante ciertos períodos, a otro **Plan Medicare Advantage** u otro plan de salud de Medicare en su zona que ofrezca la cobertura de recetas médicas (vea la página 10).
- Puede cambiarse al **Plan Original de Medicare** e inscribirse en un Plan Medicare para Recetas Médicas

Si se queda en su plan que no ofrece la cobertura de medicamentos, y no se inscribe en un Plan Medicare para Recetas Médicas, si decide inscribirse más adelante, tal vez tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía (una prima más alta).

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, podría ser elegible para recibir la ayuda adicional para pagar por los costos de su cobertura de medicamentos. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o a su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (vea la página 19) para averiguar acerca de la ayuda adicional. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si desea más información sobre sus opciones, puede llamar a la compañía que ofrece el Plan Privado de Pago-por-Servicio. El número está en los documentos del plan. También puede visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

# Cómo Inscribirse, Cambiar o Cancelar un Plan Privado de Pago-por-Servicio

## ¿Quién puede inscribirse en un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Generalmente, usted puede inscribirse en un Plan Privado de Pago-por-Servicio si

Recuerde que las palabras en color rojo están definidas en las páginas 20–22.

- vive en el **área de servicio** del plan en el cual desea inscribirse. El plan puede proporcionarle más información sobre su área de servicio. Si vive parte del año en otro estado, averigüe si el plan le brinda cobertura en ese lugar.

Y

- usted tiene la **Parte A** y la **Parte B**.

Y

- no padece de **Enfermedad Renal en Etapa Final** (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón).

## ¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o retirarme de un Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare?

Usted puede inscribirse, cambiar o retirarse de un Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare

- cuando es elegible para Medicare por primera vez (tres meses antes o tres meses después de cumplir 65 años). Si usted tiene derecho a Medicare debido a una discapacidad, puede hacerlo tres meses antes y hasta tres meses después del mes número 25 de sus pagos en efectivo por incapacidad.
- desde el 15 de noviembre hasta el 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, no puede agregar o cambiar a un plan que ofrezca la cobertura de rectas médicas durante este período, a menos que ya tenga la cobertura Medicare para recetas médicas.

En ciertas circunstancias, tal vez pueda inscribirse, cambiar o retirarse de un Plan Privado de Pago-por-Servicio en otro momento (por ejemplo si se muda, si tiene tanto Medicare como **Medicaid** o si está institucionalizado).

Usted no puede quedarse en el plan si se muda fuera del área de servicio del plan. Sin embargo, si desea tener cobertura médica, hable con la compañía de seguro para averiguar si ofrecen algún plan en la zona a la que se ha mudado. O puede inscribirse en otro **Plan Medicare Advantage** si hubiese uno disponible en su área.

# **Cómo Inscribirse, Cambiar o Cancelar un Plan Privado de Pago-por-Servicio**

## **¿Qué puedo hacer para comparar los Planes Privados de Pago-por-Servicio u otros planes Medicare disponibles en mi zona?**

Para comparar los planes disponibles en su zona

- visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet. En “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Compare las Opciones de Planes de Salud en su Área”. Si no tiene una computadora, en su biblioteca local o en el centro para personas de la tercera edad pueden ayudarle a ingresar al sitio Web de Medicare.
- llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- llame a la compañía de seguro que ofrece el Plan Privado de Pago-por-Servicio que le interesa para hacerle preguntas sobre el plan. El administrador del plan le enviará información y le explicará los beneficios que ofrece el plan.
- Llame al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (SHIP por su sigla en inglés) (vea la página 19).

## **Después que haya escogido un Plan Privado de Pago-por-Servicio, ¿cómo me inscribo?**

Una vez que haya elegido el plan que le interesa, tiene varias maneras de inscribirse. Puede llenar una solicitud impresa, puede llamar al plan o puede inscribirse en línea (Internet). Pregúntele al plan cómo puede hacerlo. Cuando se inscriba en el plan, tendrá que proporcionarles el número de Medicare y la fecha en que se inició la cobertura de las Partes A y B, esta información está en su tarjeta de Medicare.

También puede visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet. En “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Compare las Opciones de Planes de Salud en su Área”. O puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Para inscribirse no necesita reunirse con un representante del plan.



# Cómo Inscribirse, Cambiar o Cancelar un Plan Privado de Pago-por-Servicio

## ¿Qué ocurre una vez que me haya inscrito?

A partir del otoño de 2007, usted recibirá una llamada telefónica de su plan para verificar que usted quería inscribirse. El representante del plan también se asegurará de que comprenda cómo funciona el **Plan Privado de Pago-por-Servicio** y de responder a sus preguntas. El plan le enviará una carta con esta información si no se ha podido comunicar con usted por teléfono.

También recibirá una carta del plan en la que le avisan cuándo comienza su cobertura. Si usted reúne los requisitos, el plan no puede negarle la inscripción.

Una vez inscrito, deberá presentar su tarjeta de identificación del plan cada vez que se atienda con un proveedor de la salud. Usted no puede usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare porque el **Plan Original de Medicare** no pagará por sus servicios mientras esté inscrito en un Plan Privado de Pago-por-Servicio. Sin embargo, debe guardar su tarjeta de Medicare en un lugar seguro por si decide regresar al Plan Original de Medicare en el futuro.

Los Planes Privados de Pago-por-Servicio tienen normas diferentes. Por ejemplo, todos los proveedores del plan, individualmente, deben estar dispuestos a aceptar la cobertura del plan. Lo que significa que usted debe asegurarse que su médico u hospital acepte los términos de pago del plan.

Los Planes Privados de Pago-por-Servicio tienen normas diferentes. Por ejemplo, todos los proveedores del plan, individualmente, deben estar dispuestos a aceptar la cobertura del plan. Lo que significa que usted debe asegurarse que su médico u hospital acepte los términos de pago del plan.

Lea atentamente los documentos del plan para averiguar sobre otras normas que podrían afectar dónde recibe su atención y lo que paga, así como responder a las preguntas siguientes:

- ¿Tiene el plan una red (ciertos proveedores con los que debe atenderse para pagar los costos más bajos)?
- ¿Cuál es la parte de los costos de los servicios y suministros que debe pagar?

**Aviso:** La mayoría de los planes que trabajan con Medicare son honestos. Tal vez unos pocos no lo sean. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene alguna inquietud. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



# Información sobre las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

## ¿Puedo quedarme con mi póliza Medigap si me inscribo en un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Sí, puede quedársela. Sin embargo, puede costarle bastante caro y obtendrá de ella muy pocos beneficios mientras esté inscrito en un Plan Privado de Pago-por-Servicio. Tal vez le convenga mantener su póliza Medigap hasta estar seguro de que el Plan Privado de Pago-por-Servicio es de su agrado. Si está inscrito en uno de estos planes o tiene cobertura de **Medicaid**, no necesita una póliza Medigap. Generalmente, en estos casos, es ilegal que alguien le venda una póliza.

## ¿Qué ocurre si la cobertura de mi Plan Privado de Pago-por-Servicio termina?

A fin de año, los planes pueden retirarse del Programa Medicare. Si su plan decide retirarse, le enviará una carta explicándole cuáles son sus opciones. Por lo general, usted regresará automáticamente al **Plan Original de Medicare** si no escoge inscribirse en otro **Plan Medicare Advantage**. También tendrá el derecho de comprar una póliza Medigap (vea la página 15). Antes de tomar una decisión, averigüe lo más que pueda sobre sus opciones.

Independientemente de lo que escoja, usted sigue en el Programa Medicare y obtendrá todos los servicios cubiertos por Medicare. Si su plan de salud cubre las recetas médicas y usted desea continuar con esta cobertura, tendrá que inscribirse en otro plan que la ofrezca. Si decide regresar al Plan Original de Medicare y desea continuar con su cobertura de medicamentos, tendrá que inscribirse en un Plan Medicare para Recetas Médicas. Para obtener más información sobre las pólizas Medigap y sus protecciones, consulte la página 15.

**Aviso:** En los últimos años, muy pocos planes se han retirado del Programa Medicare.

Recuerde que las palabras en color rojo están definidas en las páginas 20–22.

# Información sobre las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

## ¿Qué ocurre si la cobertura de mi Plan Privado de Pago-por-Servicio termina y yo padezco de Insuficiencia Renal (Enfermedad Renal en Etapa Final)?

Recuerde que las palabras en color rojo están definidas en las páginas 20–22.

Si padece de ESRD y está inscrito en un **Plan Privado de Pago-por-Servicio** y el plan se retira del Programa Medicare o ya no brinda cobertura en su zona, tiene el derecho por única vez de inscribirse en otro **Plan Medicare Advantage**. No tiene que usar ese derecho inmediatamente. Si regresa directamente al **Plan Original de Medicare** una vez que su plan se retira del Programa o deja de brindar cobertura en su zona, igual tendrá el derecho por única vez de inscribirse en un Plan Medicare Advantage más tarde, siempre que el plan que escoja esté aceptando nuevos miembros.

Si desea más información sobre ESRD, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet. En “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Materiales Educativos y Publicaciones en Español” para consultar la publicación titulada “Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón.”

## ¿Tendré alguna de las protecciones de **Medigap** si cancelo mi póliza al inscribirme en un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Si cancela su póliza Medigap cuando se inscribe en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, tal vez tenga derecho a comprar otra póliza Medigap más tarde si

- la cobertura de su Plan Privado de Pago-por-Servicio termina (y no es su culpa), o
- si se inscribe en un Plan Privado de Pago-por-Servicio por primera vez (y no estuvo inscrito en otro Plan Medicare Advantage), y durante el primer año de inscripción se retira de su Plan Privado de Pago-por-Servicio. Si recién tenía Medicare cuando se inscribió en su plan, tal vez pueda escoger cualquier póliza Medigap que desee. Si al inscribirse en el plan ya tenía una póliza Medigap, tal vez puede recuperar la misma póliza.

# Información sobre las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

## ¿Hay algún otro momento en el que tenga derecho a comprar una póliza **Medigap**?

Usted tiene derecho a comprar una póliza Medigap que se venda en su estado si:

- se inscribió en un Plan Privado de Pago-por-Servicio cuando fue elegible para Medicare por primera vez a los 65 años, y
- se retira de su Plan Privado de Pago-por-Servicio dentro del año de haberse inscrito.

Usted puede solicitar su póliza Medigap hasta 60 días antes de que termine su cobertura del plan. Debe solicitarla a más tardar a los 63 días después de que haya terminado su cobertura del Plan Privado de Pago-por-Servicio.

## ¿Dónde puedo obtener más información sobre las pólizas y las protecciones Medigap?

Para obtener más información sobre las pólizas y las protecciones Medigap, usted puede

- visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet. En “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Compare las Opciones de Planes de Salud en su Área”.
- llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar una copia de la publicación “Selección de una póliza Medigap: Una guía sobre seguros de salud para los beneficiarios de Medicare”. Esta guía le brinda información sobre la compra de una póliza Medigap y sus derechos y protecciones Medigap.
- llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (vea la página 19). Este programa estatal recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría sobre seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

# Derechos de Apelación

## **¿Qué puedo hacer si mi Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare se niega a pagar por un servicio que yo pienso que necesito por razones médicas?**

Si su plan se niega a pagar o no le permite obtener un servicio que piensa que necesita por motivos médicos, usted puede apelar la decisión.

Si usted tiene Medicare, significa que tiene ciertos derechos garantizados. Uno de ellos es el derecho a un proceso justo de apelación de las decisiones sobre los pagos de sus servicios médicos. Una apelación es un tipo de queja que usted presenta si

- su Plan Privado de Pago-por-Servicio se niega a pagar por un servicio, suministro o medicamento recetado que usted recibió y piensa que debería estar cubierto.
- su Plan Privado de Pago-por-Servicio le ha comunicado por adelantado que no pagará por el servicio, suministro o medicamento recetado que usted piensa que debería estar cubierto.
- está en desacuerdo con la cantidad que debe pagar por un suministro o servicios que recibió.

Los derechos de apelación mencionados arriba se aplican a los beneficios que generalmente cubre Medicare y a los beneficios adicionales brindados por el Plan Privado de Pago-por-Servicio.

Si decide presentar una apelación, pídale a su médico o a su proveedor que le proporcione información que pudiera ayudar a su caso. Si cree que su salud podría verse afectada gravemente al tener que esperar una decisión sobre el servicio, solicite al plan una decisión acelerada. Si el plan o el médico lo aceptan, el plan debe informarle sobre su decisión en 72 horas.

# Derechos de Apelación

¿Qué puedo hacer si mi Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare se niega a pagar por un servicio que yo pienso que necesito por razones médicas? (continuación)

El Plan Privado de Pago-por-Servicio debe informarle por escrito, cómo apelar una decisión. Una vez solicitada la apelación, el plan revisará la decisión. Luego, si el plan no decide a su favor, la apelación es analizada por una organización independiente que no trabaja para el plan sino para Medicare. Lea los documentos del plan o comuníquese con ellos para averiguar sobre sus derechos de apelación.

Recuerde que las palabras en color rojo están definidas en las páginas 20–22.

Si cree que le dieron el alta del hospital antes de tiempo, tiene el derecho de que su caso sea evaluado por una **Organización para el Mejoramiento de Calidad** (QIO por su sigla en inglés) de su área. Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que controlan y analizan sus quejas sobre la calidad de los servicios. Mientras se analiza su caso, usted podrá quedarse en el hospital sin cargo alguno. El hospital no puede obligarlo a irse antes de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad haya tomado una decisión. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la QIO de su zona, o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet. En “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Contactos Útiles”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Además, tendrá derecho a apelaciones aceleradas cuando esté en desacuerdo con una decisión según la cual usted ya no necesita los servicios que está recibiendo de un centro de enfermería especializada, una agencia de cuidado de la salud en el hogar o un centro ambulatorio de rehabilitación general. Cuando reciba servicios de algunas de estas dependencias, usted tendrá derecho a una revisión acelerada. Recibirá un aviso del proveedor o del plan en el que le explican cómo presentar una apelación si cree que están dejando de prestarle un servicio antes de tiempo. Usted podrá obtener una **revisión acelerada** de dicha decisión, realizada por médicos independientes que analizarán su caso y decidirán si deben seguir brindándole el servicio.

## Si Desea Más Información

Si desea más información sobre los Planes Privados de Pago-por-Servicio o si quiere averiguar cuáles son los planes disponibles en su zona, puede

- visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet. En “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Compare las Opciones de Planes de Salud en su Área”. Si no tiene una computadora, en su biblioteca local o en el centro para las personas de la tercera edad podrán ayudarle a ingresar al sitio Web de Medicare.
- llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- llame a la compañía de seguro que ofrece el Plan Privado de Pago-por-Servicio que le interesa para hacerle preguntas sobre el plan. El administrador del plan le enviará información y le explicará los beneficios que ofrece el plan.
- llame al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (SHIP por su sigla en inglés) (vea la página 19). Este programa estatal recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría sobre seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

Recuerde que las palabras en color rojo están definidas en las páginas 20–22.

**Aviso:** En el momento de su impresión, los números de teléfono que aparecen en la página 19 eran correctos. Sin embargo, dichos números pueden cambiar. Para obtener los números de teléfono más actualizados visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). En “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Contactos Útiles”. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

## Si Desea Más Información

**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud:** Para ayudarle con sus preguntas sobre las apelaciones, la compra de otro seguro, la selección de un plan, la compra de una póliza Medigap y sus derechos y protecciones Medicare.

Alabama .....	(800) 243-5463	Nebraska .....	(800) 234-7119
Alaska .....	(800) 478-6065	Nevada .....	(800) 307-4444
Arizona .....	(800) 432-4040	New Hampshire .....	(866) 634-9412
Arkansas .....	(800) 224-6330	New Jersey .....	(800) 792-8820
California .....	(800) 434-0222	New Mexico .....	(800) 432-2080
Colorado .....	(888) 696-7213	New York .....	(800) 701-0501
Connecticut .....	(800) 994-9422	North Carolina .....	(800) 443-9354
Delaware .....	(800) 336-9500	North Dakota .....	(888) 575-6611
Florida.....	(800) 963-5337	Ohio .....	(800) 686-1578
Georgia .....	(800) 669-8387	Oklahoma .....	(800) 763-2828
Guam .....	(671) 735-7388	Oregon .....	(800) 722-4134
Hawaii .....	(888) 875-9229	Pennsylvania .....	(800) 783-7067
Idaho.....	(800) 247-4422	Puerto Rico .....	(877) 725-4300
Illinois.....	(800) 548-9034	Rhode Island .....	(401) 462-4444
Indiana .....	(800) 452-4800	South Carolina .....	(800) 868-9095
Iowa .....	(800) 351-4664	South Dakota .....	(800) 536-8197
Kansas .....	(800) 860-5260	Tennessee .....	(877) 801-0044
Kentucky.....	(877) 293-7447	Texas.....	(800) 252-9240
Louisiana.....	(800) 259-5301	Utah .....	(800) 541-7735
Maine .....	(877) 353-3771	Vermont .....	(800) 642-5119
Maryland.....	(800) 243-3425	Virgin Islands (St. Croix) ..	(340) 772-7368
Massachusetts .....	(800) 243-4636	(St. Thomas, St. John) ..	(340) 714-4354
Michigan.....	(800) 803-7174	Virginia.....	(800) 552-3402
Minnesota .....	(800) 333-2433	Washington.....	(800) 562-6900
Mississippi.....	(800) 948-3090	Washington, D.C.....	(202) 739-0668
Missouri .....	(800) 390-3330	West Virginia .....	(877) 987-4463
Montana .....	(800) 551-3191	Wisconsin .....	(800) 242-1060
		Wyoming .....	(800) 856-4398



# Las Palabras que Debe Conocer

**Área de servicio**—El área donde el Plan Privado de Pago-por-Servicio acepta miembros.

**Asignación**—Es un acuerdo entre usted, su médico o proveedor de la salud y Medicare. El beneficiario acepta que el médico o proveedor solicite directamente a Medicare el pago por los servicios cubiertos por la Parte B, el equipo y suministros. Los médicos o proveedores que aceptan (o deben por ley) aceptar la asignación, no pueden cobrarle al beneficiario, al otro seguro del beneficiario (si lo hubiera) o a cualquier otra persona, más que el deducible y el coseguro.

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

**Coseguro**—El porcentaje de la cantidad aprobada por el Plan Privado de Pago-por-Servicio que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. En el Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare, es un porcentaje del costo del servicio (20%).

**Decisión anticipada de cobertura**—Una decisión que toma su Plan Privado de Pago-por-Servicio sobre si pagará o no por un servicio.

**Deducible**—La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud, antes de que el Plan Privado de Pago-Servicio de Medicare comience a pagar. Estas cantidades pueden cambiar cada año.

**Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés)**—Insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón.

**Facturación del saldo**—Es la situación en la que los proveedores (médicos y hospitales) de un Plan Privado de Pago-por-Servicio pueden enviarle una factura equivalente al 15% por encima de la cantidad aprobada por el plan para los servicios.

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



# Las Palabras que Debe Conocer

**Medicare Parte B (Seguro Médico)**—La parte de Medicare que ayuda a pagar por los servicios médicos, los servicios ambulatorios del hospital y otros servicios que no están cubiertos por la Parte A de Medicare.

**Necesario por razones médicas**—Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud y que cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica, y no son proporcionados para su conveniencia o la del médico.

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por su sigla en inglés)**—Grupos de médicos en actividad y otros expertos en temas de la salud, pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de los servicios brindados a los beneficiarios de Medicare. Ellos deben evaluar sus quejas sobre la calidad de la atención de cualquier proveedor que brinde servicios cubiertos por Medicare. Las QIO también atienden ciertas apelaciones de los beneficiarios de Medicare.

**Plan Medicare Advantage (Parte C)**—Un tipo plan Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B. Un plan Medicare Advantage también llamado Parte C, puede ser un HMO, PPO, un plan Privado de Pago-por-Servicio o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios son pagados por el plan en vez del Plan Original de Medicare.

**Plan Original de Medicare**—El Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico). Es un plan de pago-por-servicio. Usted tiene que pagar un deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada y usted paga la suya (coseguro y deducibles).

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

**Póliza Medigap**—Una póliza de seguro suplementaria a Medicare ofrecida a la venta por compañías de seguros privadas para cubrir lo que no cubre el Plan Original de Medicare. Las pólizas Medigap sólo funcionan con el plan Original Medicare.

## Las Palabras que Debe Conocer

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

**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés)**—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer a los beneficiarios de Medicare, asesoría gratuita sobre seguros médicos.

**Proveedores aprobados**—A los proveedores se les considera como “aprobados” cuando saben, antes de brindar el servicio, que usted está en un Plan Privado de Pago-por-Servicio; cuando tiene acceso razonable a los términos y condiciones del plan; y el servicio está cubierto por el plan. Los proveedores “aprobados” aceptan cumplir con los términos y condiciones del pago del plan para los servicios que usted reciba.

# Índice

Apelación	8, 16–17
Área de servicio	10, 22
Asignación	3, 20
Copago	2, 3, 4, 6, 20
Coseguro	2, 3, 4, 6, 20
Decisión anticipada de cobertura	6, 7, 8, 20
Deducible	3, 4, 5, 20
Derechos	2, 15–17
Enfermedad Renal en Etapa Final	10, 14, 20
Facturación del saldo	4, 20
Medicaid	10, 13, 21
Medicamentos recetados	1, 7, 9, 10, 13, 16
Medicare Parte A (Seguro de Hospital)	3, 7, 10, 21
Medicare Parte B (Seguro Médico)	3, 4, 5, 7, 21
Necesario por razones médicas	2, 7, 8, 16, 17, 21
Organización para el Mejoramiento de la Calidad	17, 22
Plan Medicare Advantage	1, 9, 10, 13, 14, 21
Plan Original de Medicare	1–4, 7, 9, 22
Póliza Medigap	1, 2, 3, 7, 11, 13–15, 21
Prima	3, 4, 5, 22
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	9, 11, 15, 19, 22
Proveedores aprobados	4, 20

**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

CMS Publicación No. 10144-S  
Revisada en septiembre de 2007

*Mi Salud.*  
*Mi Medicare.*



To get this booklet in English, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).  
TTY users should call 1-877-486-2048.

¿Necesita usted una copia en inglés? Llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE  
(1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al  
1-877-486-2048.