

Medicare Y Usted



2012

Este es el manual oficial del gobierno de los Estados Unidos:



El período abierto ahora comienza el 15 de octubre y termina el 7 de diciembre para darle más tiempo para que escoja y se inscriba en un plan de Medicare (página 13)

- ★ Lo nuevo en Medicare (página 4)
- ★ Lo que Medicare cubre (página 31)
- ★ Sus derechos en Medicare (página 105)



Bienvenido a Medicare y Usted 2012

Estamos viviendo un momento extraordinario en la historia de nuestra nación en lo que respecta al cuidado de la salud. Nuestros esfuerzos están orientados a garantizarle servicios médicos confiables—centralizados en sus necesidades, seguros, eficaces, oportunos y a un costo que pueda pagar.

Tal vez se haya enterado sobre los cambios que ha hecho Medicare para mejorar su atención médica—como agregar servicios preventivos gratuitos o reducir el precio de sus medicamentos.

Sin embargo, hay ciertas cosas que usted puede hacer ahora para mantenerse sano. Medicare le ofrece una gama de servicios preventivos que le ayudarán a mantenerse en buen estado de salud y hacer una detección temprana de cualquier enfermedad cuando el tratamiento puede dar los mejores resultados. Fíjese en la lista de servicios preventivos en la página siguiente, y llévala con usted a su próxima cita médica. Use esta lista para hacer un seguimiento de los servicios preventivos que le corresponden. Nuestra meta es mantenerlo saludable, mejorar los servicios y reducir los costos.

Un beneficio nuevo que ofrece Medicare—completamente gratis—es la visita médica anual de “Bienestar”. Esta es una oportunidad excelente para que usted y su médico evalúen su salud y hablen sobre lo que debe hacer para mantenerse sano. Para ello, su médico puede pedirle durante la visita, que responda a un cuestionario breve conocido como “Evaluación de los Riesgos para la Salud”. Si desea más información sobre esta consulta y otros servicios preventivos importantes, visite www.medicare.gov/share-the-health.

Esta publicación es la fuente oficial más apropiada para responder a sus preguntas sobre Medicare. También puede visitar www.medicare.gov, llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés) para obtener respuestas. Encontrará el número de teléfono en las páginas 137–140. O, si lo desea puede visitar www.aoa.gov, el sitio Web de la Administración de Asuntos sobre la Vejez (AoA por su sigla en inglés).

Le saluda atentamente,

/s/

Kathleen Sebelius

Secretaria
Departamento de Salud y Servicios
Humanos de los Estados Unidos

/s/

Marilyn B. Tavenner

Administrador Interino
de los Centros de Servicios
de Medicare y Medicaid



Lista de control de los servicios preventivos

Pregúntele a su médico o proveedor cuáles son los servicios preventivos que le convienen. Para obtener más información visite www.MiMedicare.gov.

Servicios Preventivos cubiertos por Medicare	Los necesito (Sí/No)	La última fecha en que los recibí	La próxima vez que los cubre Medicare
“Bienvenido a Medicare” visita médica por única vez			
Visita Anual de Bienestar			
Evaluación de Aneurisma Abdominal Aórtico			
Consejería para el abuso del alcohol			
Medición de masa ósea/densitometría			
Mamografía			
Evaluación cardiovascular			
Evaluación para la detección del cáncer del cuello del útero y de la vagina			
Evaluación de cáncer colorrectal			
Prueba de sangre oculta en la materia fecal			
Sigmoidoscopia flexible			
Colonoscopia			
Enema de Bario			
Evaluación para la depresión			
Evaluación para la detección de diabetes			
Entrenamiento para autocontrol de la diabetes			
Vacuna contra la gripe			
Prueba de glaucoma			
Vacuna contra la Hepatitis B			
Examen de VIH			
Servicios de nutrición			
Detección y Consejería para la Obesidad			
Vacuna neumocócica			
Evaluación para la detección de cáncer de la próstata			
Consejería para dejar de fumar (para las personas sin signos de enfermedad)			

Es posible que tenga que esperar un tiempo antes de obtener el servicio de nuevo. Vea las páginas 37–53.

Lo nuevo e importante para el 2012

Nuevas fechas para cambiar de plan Vea las páginas 13, 78 y 85.

A partir de este año, el período abierto comienza y termina más temprano—
Del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2011.

Más Servicios Preventivos Vea las páginas 37, 40 y 46.

Medicare ahora cubre la detección y consejería para el abuso de alcohol, la depresión y la obesidad.

Nuevo Período Especial de Inscripción Vea las páginas 79 y 85.

Usted puede cambiarse a un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o a un plan Medicare de Medicamentos Recetados de 5 estrellas en cualquier momento del año.

Continúa la ayuda durante la interrupción en la cobertura Vea la página 88.

Si llega a la interrupción en la cobertura de las recetas médicas recibirá un descuento en los medicamentos genéricos y de marca.

Cómo se combate contra el fraude a Medicare Vea la página 117.

Averigüe qué está haciendo Medicare y qué puede hacer usted para protegerse y proteger al programa del fraude, despilfarro y abuso.

Mejoras en la coordinación de la atención médica Vea las páginas 132–133.

Entérese de lo que Medicare y sus proveedores de la salud están haciendo para coordinar mejor su atención médica y mejorar la calidad de los servicios.

Las maneras de controlar su información médica por Internet Vea la página 135.

Entérese qué es el “botón azul” en www.MiMedicare.gov y cómo puede usarlo para acceder a sus reclamos a Medicare y su información médica personal.

Los planes Medicare de salud y de medicamentos

Visite www.medicare.gov/find-a-plan, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para encontrar planes disponibles en su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras
en color
azul están
definidas en
las páginas
141–144.

Herramientas para ayudarle a buscar en el manual lo que usted necesita

Por favor use este manual como referencia. La información era correcta al momento de su impresión pero quizás haya cambios. Para obtener la información actualizada llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Contenido	Lista de temas por sección	Páginas 6–8
Índice	Lista de temas en orden alfabético	Páginas 9–12
Contenido de cada sección	Los temas de la sección	Páginas 19, 31, 55, 97, 105, 121, 127
Las palabras en color azul	Las palabras en color azul se detallan en la sección de “Definiciones”	Páginas 141–144
	Destaca la información importante	En todo el manual
	Destaca los servicios preventivos	Páginas 37–53
	Destaca la información relacionada con la Parte A de Medicare	En todo el manual
	Destaca la información relacionada con la Parte B de Medicare	En todo el manual
	Destaca la información relacionada con la Parte C de Medicare	En todo el manual
	Destaca la información relacionada con la Parte D de Medicare	En todo el manual

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

Contenido

Medicare y Usted 2012

- 2 Bienvenido a Medicare y Usted 2012**
- 3 Lista de control de los servicios preventivos**
- 4 Lo nuevo e importante para el 2012**
- 5 Herramientas para ayudarle a buscar en el manual lo que usted necesita**
- 9 Índice**
- 13 Información importante sobre la inscripción**
- 14 Lo básico de Medicare**
 - 14 ¿Qué es Medicare?
 - 14 Las partes de Medicare
 - 15 Sus opciones de cobertura en Medicare
 - 16 Dónde puede obtener respuestas a sus preguntas
- 19 SECCIÓN 1—La inscripción en las Partes A y B de Medicare**
 - 20 La Inscripción en las Partes A y B de Medicare
 - 24 ¿Debo obtener la Parte B?
 - 26 Cómo trabajan los otros seguros con Medicare
 - 28 ¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte A?
 - 29 ¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?
- 31 SECCIÓN 2—Lo que cubren las Partes A y B de Medicare**
 - 33 Los servicios cubiertos por la Parte A
 - 37 Los servicios cubiertos por la Parte B
 - 54 Lo que las Partes A y B NO cubren

55 SECCIÓN 3—Sus Opciones en Medicare

- 56 Decida cómo desea recibir los beneficios de Medicare
- 57 Sus opciones en Medicare
- 58 Lo que debe considerar al escoger o cambiar su cobertura
- 59 El Medicare Original
 - 60 Lo que usted paga
 - 66 Póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)
- 70 Planes Medicare Advantage (Parte C)
 - 75 Lo que usted paga
 - 76 ¿Cómo funcionan los planes Medicare Advantage?
 - 78 La inscripción, cambio y cancelación de un plan Medicare Advantage
- 82 Otros planes de salud de Medicare
- 84 La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)
 - 85 Inscripción, cambio o cancelación de un Plan Medicare de Medicamentos Recetados
 - 87 Lo que usted paga
 - 90 ¿Qué es la penalidad por inscripción tardía en la Parte D?
 - 92 Normas importantes de la cobertura de las recetas médicas

97 SECCIÓN 4—Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y de medicamentos

- 98 Ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D)
- 102 Programas de ahorros de Medicare (ayuda para pagar los costos de Medicare)
- 103 Medicaid
- 103 Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs por su sigla en inglés)
- 103 Programas de Ayuda Farmacéutica (también llamados Programas de Ayuda al Paciente)
- 104 PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)
- 104 Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- 104 Programas para las personas que viven en los territorios de los Estados Unidos
- 104 Programa del Seguro Médico para los Niños

105 SECCIÓN 5—Protéjase y proteja a Medicare

- 106 Sus derechos si tiene Medicare
- 107 ¿Qué es una apelación?
- 110 El derecho de apelación en los planes Medicare de medicamentos recetados
- 114 Cómo usa Medicare su información personal
- 116 Protéjase del robo de identidad
- 117 Protéjase y proteja a Medicare del fraude

121 SECCIÓN 6—Planifique con anticipación

- 122 Planificación del cuidado a largo plazo
- 122 Cómo pagar por el cuidado a largo plazo
- 125 Instrucciones anticipadas (voluntades anticipadas)

127 SECCIÓN 7—Recursos y herramientas útiles

- 128 Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- 129 Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés)
- 130 Obtenga la información que necesita por Internet
- 131 Compare la calidad de los planes y proveedores
- 132 Medicare trabaja para coordinar mejor su atención médica
- 134 Controle su información médica por Internet
- 136 Publicaciones de Medicare
- 136 Recursos para los cuidadores
- 137 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

141 SECCIÓN 8—Definiciones**146 ¿Quiere ahorrar?**

Nota: Los números en “**negritas**” indican la página con información más detallada.

A

Abuso de sustancias 46
Acupuntura 54
Andadores **42**, 128
Aneurisma Abdominal Aórtico 3, **37**
Anteojos 43
Aparatos de asistencia auditiva/audífonos 44, **54**
Aparatos ortopédicos (cuello/piernas/brazos) 48
Apelación 107–113
Archivo médico electrónico 58, **132**
Archivo médico personal 134
Área de servicio 73, 75, 76, 79, 83, 85, **141**
Asignación 36, **62–63**, 141
Asilos para ancianos (geriátricos) 33, 71, 79, 83, 103, 123, 124, 128, 131, 143
Asistente médico 41
Atención urgente **52**, 64, 70, 76
Autorización para divulgar información médica personal 129
Aviso al Beneficiario por Adelantado 113
Aviso sobre privacidad/confidencialidad 114–115
Ayuda Adicional (para pagar por la cobertura de sus recetas médicas) 16, 65, 79, **98–104**, 141, 146
Ayuda con los costos 98, 104
Ayuda para dejar de fumar 3, **50**

B

Beneficios para Veteranos (VA) 57, **96**, 123

C

Calidad de la atención 17, 58, 130, **131**
Cancelación 68, 72, **78**, 86
Cataratas 43
Centro de cirugía ambulatoria **37**, 126
Centro de Enfermería Especializada (SNF) 14, 34, 35, 72, **142**

C (continuación)

Centros Médicos Autorizados Federalmente **43**, 50
Cirugía estética 54
Clínica de salud rural 49
Cobertura válida de medicamentos recetados 58, 65, 84, 85, 90, 91, 95, 97, 99, 142
Cobertura catastrófica 88–89
COBRA 23, 24–25, **95**
Cobertura de recetas médicas de Medicare 4, 14, 56, 65, 70, 77, **84–94**, 98–101, 110–112
Colonoscopia 3, **40**
Consejería para el abuso del alcohol 3, **37**
Contrato (privado) 64
Contratista de Medicare para la integridad del uso de los medicamentos (MEDIC) **116**, 119
Coordinación de beneficios 16, **26**
Costos (copagos, coseguro, deducibles y primas) 13, 28–30, 58, 73, 75, 87–89, 90–91, 98, 141–143
Cuidado de custodia/compañía 35, 55, 122, **142**
Cuidado dental/dentaduras **54**, 70
Cuidado de hospital (internación) 14, 32, **34–35**
Cuidado de hospicio 14, 32, **33–34**, 70, 109
Cuidado de la salud en el hogar 14, 32, 33, **44**, 109, 113, 122, 124, 130, 131
Cuidado a largo plazo 122–126, 142

D

Definiciones 141–144
Densitometría ósea 3, **38**
Departamento de Defensa 16
Departamento de Asuntos de Veteranos 17, 90, **96**, 123
Depresión (vea Salud Mental) 3, 40, 46
Departamento de Salud y Servicios Humanos (Oficina del Inspector General) 119
Derechos 106–120

Nota: Los números en “**negritas**” indican la página con información más detallada.

D (continuación)

Detección y Consejería para la Obesidad 3, **46**
 Determinación de cobertura (Parte D) 110–112
 Diabetes 3, **41**, 43, 46
 Diálisis renal 14, 21, **45**, 74, 125, 130–131
 Días de reserva de por vida/vitalicios 34, **143**
 Discriminación 106, **120**

E

Electrocardiograma (EKG) **42**, 50
 Enema de bario 3, **40**
 Enfermedad Renal Terminal (ESRD) 14, 21, 56, 72, 73–**74**
 Enfermera diplomada 41
 Equipo Médico Duradero (como andadores) 36, **42**, 45, 128
 Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) 20
 Estudios de investigación clínica 34, **39**, 72
 Evaluación cardiovascular 3, **38**
 Evaluación de cáncer colorrectal 3, **40**
 Evaluación de riesgo para la salud 3, **53**
 Examen de bienestar 3, **53**
 Examen de equilibrio 44
 Examen de glaucoma 3, **43**
 Examen de la próstata (prueba de PSA) 3, **48**
 Examen de los pies 43
 Examen de los senos 39
 Examen de sangre oculta en la materia fecal 3, **40**
 Examen del VIH 3, **44**
 Examen Papanicolaou 3, **39**, 144
 Examen pélvico 3, **39**, 144
 Exámenes 36, 39, 40, 41, 44, 45, **50**
 Excepción (Parte D) 82, 93, 94, **110–112**

F

Facturas **61**, 129, 130
 Falta de cobertura **88–89**, 98, 144
 Formulario 58, 87, 93, 110, **143**
 Fraude 4, **116–119**

I

Ingresos limitados 98–104
 Inscripción:
 Parte A 5, 14–15, 20–30, **32–35**, 57
 Parte B 20–25
 Parte C 73, **78–80**
 Parte D 14–15, 48, 56–57, 65, 73, **84–96**, 98–101, 110–112, 146–147
 Institución/centro 77, 79, 85, 99, 100, **143**
 Institución religiosa no médica para servicios de la salud 32, 35
 Instrucciones anticipadas 125–126
 Intermediario del beneficiario de Medicare 120
 Internación en el hospital 14, 32, **34–35**, 39, 51, 67, 141
 Interrupción en la cobertura **88–89**, 98

J

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) **17**, 20, 21, 129, 146

L

Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) 23, 24–25, **95**
 Lo nuevo en Medicare 4
 Localizador Eldercare **124**, 136

M

Manual electrónico 146
 Mamografía 3, **38**, 76, 77
 Medicaid 27, 77, 83, **103**, 123, 128
 Medicamentos (para paciente ambulatorio) 34, **48**, 94
 Medicare
 Parte A 5, 14–15, 20–30, **32–35**, 57
 Parte B 5, 14–15, 20–30, **36–53**, 57
 Parte C 5, 14–15, 57, **70–81**
 Parte D 5, 14–15, 48, 56–57, 65, 73, **84–96**, 98–101, 110–112
 Medicare Original 15, 32, **56–64**
 Médico de cabecera 59, 76, **143**
 Miembros artificiales 48

Nota: Los números en “**negritas**” indican la página con información más detallada.

N

Necesario por razones médicas **36–38**, 45, 52, 143

Niveles (clasificación del formulario) 93

O

Oficina de Derechos Civiles 17, 115, **120**

Oficina de Gerencia de Personal **17**, 96

Oficina del Inspector General 119

Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) 83, 99, 100, 102, **103**, 123, 128

Opciones de pago (prima) 30, 87

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) 70

Organización para Mejoras de la Calidad 17, 109, 127, **143**

Organizaciones responsables por el Cuidado de la Salud (ACO) 133

Ortesis 48

Oxígeno **42**, 128

P

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos) **83**, 104, 123, 144

Penalidad por inscripción tardía:

Parte A 23, **28**

Parte B 23–24, **30**

Parte D **90–91**, 95, 98–99, 142

Período de beneficio 34, 35, **144**

Período de Inscripción General 23, 24

Período Especial de Inscripción **23**, 25, 28, 79

Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) **71**, 84

Plan de salud de Medicare 73, **82–84**

Plan de salud grupal (Empleador) 23–27, 32, 51, 57–59, 65, 68, 73, 74, 84, **95**, 99

Plan Medicare de Costo **82**, 84, 87, 144

Plan Medicare de medicamentos recetados 14–15, 56–57, 65, 76–77, **84–96**, 98–101, 110–112, **146–147**

Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO por su sigla en inglés) 70, **76**

P (continuación)

Planes Medicare Advantage (HMO o PPO) 15, **70–81**, 144

Planes Medicare de Medicamentos Recetados 5, 14, 56, 65, 70, 77, **84–89**

Planes Medicare SELECT 66

Planes para Necesidades Especiales 71, 74, **77**

Planes Privados de Pago por Servicio 71, **76**

Poder legal 125

Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) 15, 24, **66–69**, 73, 95

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) 16, 56, 64, 100, **129**, 137–140

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) 103

Programa SMP (Senior Medicare Patrol) 117

Programas Comunitarios 123

Programas de Ahorros de Medicare 102, 146

Programas piloto **83**

Publicaciones 136

R

Rayos X 39, 47, **50**

Recetas electrónicas 132

Reclamaciones 59, **61**, 118, 128, 135

Red de ESRD 74

Reemplazo de la tarjeta de Medicare 16

Referido 37, 49, 70, 72, 76, 144

Rehabilitación cardíaca 38

Rehabilitación pulmonar 49

Representante legal para decisiones médicas 125–126

Resumen de Medicare (MSN) **61**, 108, 118

Robo de identidad **116**, 119

S

Sala de emergencia **43**, 94

Salud mental 34, **46**

Sangre 33, 38

Segunda opinión sobre una cirugía 49

Nota: Los números en “**negritas**” indican la página con información más detallada.

S (continuación)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 98, **104**
 Seguro Médico para Empleados Federales (FEHB) 17, 24, **96**
 Seguro médico para jubilado **24**, 25, 26, 96
 Seguro Médico para los Niños (CHIP) **104**, 136
 Seguro Social **16**, 20, 21, 28–30, 61, 87, 97, 104, 146
 Servicios ambulatorios del hospital 35, **47**
 Servicios clínicos de laboratorio **45**, 50
 Servicios cubiertos (Partes A y B) 31–53
 Servicios de ambulancia **37**, 52
 Servicios de educación sobre la enfermedad renal 45
 Servicios de patología del lenguaje 33, 45, **49**
 Servicios de Salud para Indígenas 90, **96**
 Servicios de trasplante 51
 Servicios preventivos 3, 14, 36, **144**
 Servicios que no brinda el médico 41
 Servicios quiroprácticos 39
 Sigmoidoscopia flexible 3, **40**
 Silla de ruedas **42**, 128
 Sindicato 23, 24, 26, 27, 32, 65, 73, 82, 84, 95
 Subsidio por bajos ingresos (LIS) 16, 65, **98–101**, 141, 146
 Suministros médicos (insumos) 32, 33, 34, 35

T

Tecnología informática de la salud 132, 134–135
 Teléfono de texto (TTY) 128, **144**
 Telemedicina/Telesalud 50
 Terapia de nutrición 3, **45**
 Terapia física 33, 35, 45, **47**
 Terapia ocupacional 33, 45, **46**
 Testamento en vida 125
 Trasplante renal/ de riñón 14, 21, 46, **51**, 73–74
 TRICARE 16, 20, 25, 27, 90, **96**

V

Vacuna contra el Herpes Zoster 93
 Vacuna contra la gripe/influenza 3, **43**
 Vacuna contra la Hepatitis B 3, **44**
 Vacuna neumocócica/contra la pulmonía 3, **47**
 Vacunas/inmunizaciones 3, 43, 44, 47
 Vendaje quirúrgico 49
 Viaje al extranjero **52**, 58
 Visita médica “Bienvenido a Medicare” 3, 37, **53**
 Vista **43–44**, 70

W

www.medicare.gov 16, **130–131**
 www.MiMedicare.gov 4, 61, **130**, 135, 146

Información importante sobre la inscripción

La cobertura y los costos cambian anualmente

Su plan de salud o de medicamentos de Medicare puede cambiar lo que cobra por los servicios y lo que cubre cada año. Aun si el costo y la cobertura permanecieran sin cambios, su salud y sus finanzas podrían cambiar. Revise su cobertura cada año para ver si se ajusta a sus necesidades. Si está satisfecho no tiene que cambiar de plan.

Período Abierto de Inscripción en el otoño



¡Marque en su calendario estas fechas importantes! En la mayoría de los casos será su única oportunidad para hacer cambios a su cobertura de salud y de medicamentos.



El Período Abierto de Inscripción del otoño este año comienza más temprano. Las fechas han cambiado para darle más tiempo para escoger e inscribirse en un plan.

1–15 de octubre
de 2011

Compare su cobertura con las otras disponibles para ver si hay otra opción que le convenga más. Vea la página 15.

15 de octubre al 7 de
diciembre de 2011

Comienza la inscripción abierta. Usted puede cambiar su cobertura de salud o de medicamentos para el 2012. Vea las páginas 78 y 85 para otros períodos para cambiar de plan.

1 de enero de 2012

Comienza la nueva cobertura si usted cambió o se ha inscrito en un plan. Los nuevos costos, beneficios y los cambios a la cobertura existente también entran en vigencia en esta fecha.

¿Está su plan de salud o de medicamentos retirándose del programa Medicare? Los planes pueden decidir salirse del programa Medicare el próximo año. Su plan le enviará una carta si abandona Medicare o si deja de prestar servicios en su zona antes de que comience el período abierto. Consulte las páginas 106–107 acerca de sus derechos y opciones.

Lo básico de Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un seguro médico para:

- Las personas de 65 años o más
- Las personas menores de 65 años con ciertas incapacidades
- Las personas de cualquier edad que padezcan de Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés), (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón)

Las partes de Medicare

Las distintas partes del programa Medicare cubren servicios específicos.

H

La Parte A de Medicare (seguro de hospital)

- Ayuda a pagar la internación en el hospital
- Los servicios en un centro de enfermería especializada, el cuidado de hospicio y algunos servicios de atención domiciliaria (cuidado de la salud en el hogar)

Consulte las páginas 32–35.



La Parte B de Medicare (seguro médico)

- Ayuda a pagar por los servicios de los médicos, servicios ambulatorios y el cuidado de la salud en el hogar
- Algunos [servicios preventivos](#) para que se mantenga sano y para evitar que ciertas enfermedades empeoren

Consulte las páginas 36–53.



La Parte C de Medicare (conocida como los planes Medicare Advantage)

Son planes médicos ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare. Los planes Medicare Advantage incluyen la Parte A y la Parte B, y generalmente otra cobertura como la de los medicamentos recetados (Parte D). Algunos planes MA pueden ofrecer beneficios adicionales por un costo adicional.

Consulte las páginas 70–81.



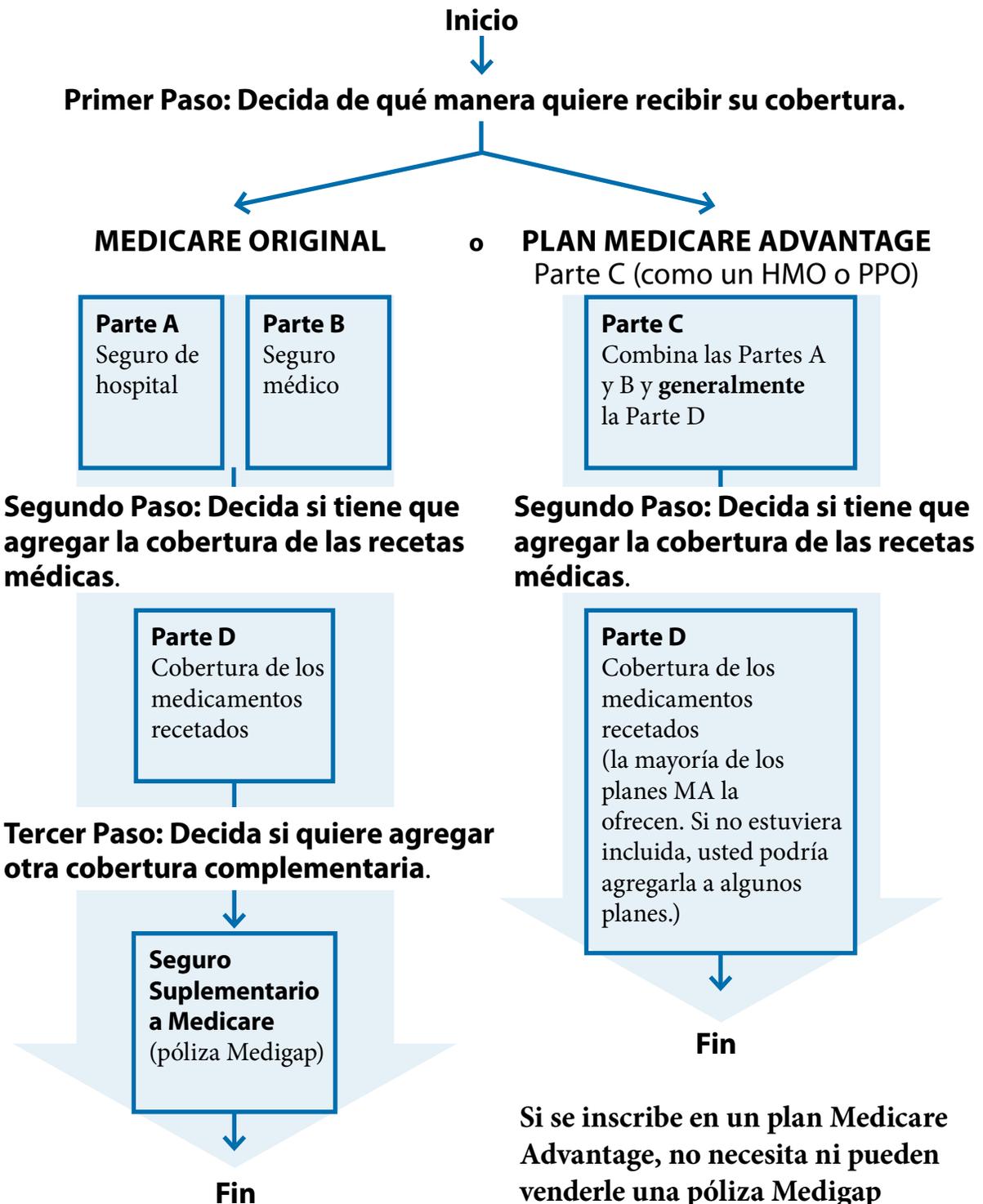
La Parte D de Medicare (la cobertura de las recetas médicas)

- Le ayuda a pagar por sus medicamentos recetados
- Pueden ayudarle a reducir sus gastos de medicamentos y protegerlo contra aumentos en los precios de los medicamentos en el futuro
- Los planes son administrados por compañías privadas aprobadas por Medicare

Consulte las páginas 84–94.

Sus opciones de cobertura en Medicare

Hay dos maneras principales de recibir su cobertura de Medicare: el Medicare Original o un plan Medicare Advantage. Use los pasos siguientes para decidir cuál escoger.



Para más detalles, consulte la página 57.

Dónde puede obtener respuestas a sus preguntas

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

Obtener información general sobre Medicare, ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados o sobre reclamaciones específicas así como números de teléfono importantes. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, avísele al representante de servicio al cliente.

TTY 1-877-486-2048

www.medicare.gov

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés)

Asesoría personalizada sobre seguros médicos y ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de salud; información sobre programas para personas de bajos ingresos y recursos limitados y ayuda con sus reclamaciones, facturas y apelaciones. Consulte las páginas 137–140. Llame al 1-800-MEDICARE para obtener el teléfono del los SHIP en otros estados o visite www.medicare.gov/contacts.

Seguro Social

Reemplazar su tarjeta de Medicare, hacer el cambio de domicilio o de nombre, para obtener información sobre la elegibilidad para las Partes A y B y la inscripción, para obtener [Ayuda Adicional](#) para pagar por su cobertura de medicamentos; averiguar sobre las [primas](#) y para informar sobre una defunción.

1-800-772-1213

TTY 1-800-325-0778

www.socialsecurity.gov

Contratista de Coordinación de Beneficios

Averiguar si es Medicare o su otro seguro el que debe pagar primero y para avisar sobre cualquier cambio en la información sobre su seguro.

1-800-999-1118

TTY 1-800-318-8782

Departamento de Defensa

Información sobre TRICARE for Life y el Programa de Ayuda Farmacéutica de TRICARE.

1-866-773-0404 (TFL)

TTY 1-866-773-0405

1-877-363-1303 (Farmacia)

TTY 1-877-540-6261

www.tricare.mil/mybenefit

Departamento de Salud y Servicios Humanos

Oficina de Derechos Civiles

Si cree que lo han discriminado o que se ha violado su derecho de confidencialidad.

1-800-368-1019

TTY 1-800-537-7697

www.hhs.gov/ocr

Departamento de Asuntos para Veteranos

Si usted es un excombatiente/veterano o ha servido en las Fuerzas Armadas.

1-800-827-1000

TTY 1-800-829-4833

www.va.gov

Oficina de Gerencia de Personal

Información sobre el Seguro Médico para Empleados Federales, para los empleados federales en actividad y retirados.

1-888-767-6738

TTY 1-800-878-5707

www.opm.gov/insure

Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés)

Si recibe beneficios de RRB, llámelos para informarles sobre cambio de domicilio o de nombre, inscripción en Medicare, para reemplazar su tarjeta de Medicare o informar sobre una defunción.

Oficina local de RRB o al 1-877-772-5772

www.rrb.gov

Organización para Mejoras de la Calidad (QIO por su sigla en inglés)

Hacer preguntas o presentar quejas sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, o si piensa que el servicio que le brindan está terminando antes de tiempo. Para obtener el número de teléfono de su QIO, llame al 1-800-MEDICARE.

La inscripción en las Partes A y B de Medicare



La Sección 1 le ofrece información sobre:

- La inscripción en las Partes A y B 20
- Cómo trabajan los otros seguros con Medicare 26
- ¿Cuánto cuesta la Parte A? 28
- ¿Cuánto cuesta la Parte B? 29



La inscripción en las Partes A y B de Medicare

Esta sección le explica cómo y cuándo inscribirse y el motivo por el que tal vez le convenga esperar para inscribirse en la Parte B.

Algunas personas obtienen las Partes A y B automáticamente

¿Está usted recibiendo los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario? Si los está recibiendo, en la mayoría de los casos, obtendrá las Partes A y B automáticamente a partir del primer día del mes en el que cumpla 65 años. Si su cumpleaños es el primer día del mes, la cobertura de las Partes A y B comenzará el primer día del mes anterior.

¿Tiene usted menos de 65 años y está incapacitado? En ese caso, obtendrá las Partes A y B automáticamente, una vez que haya recibido los beneficios por incapacidad del Seguro Social o de RRB por 24 meses.

MEDICARE		HEALTH INSURANCE	
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)			
NAME OF BENEFICIARY JANE DOE			
MEDICARE CLAIM NUMBER 000-00-0000-A	SEX FEMALE		
IS ENTITLED TO HOSPITAL MEDICAL	(PART A) (PART B)	EFFECTIVE DATE 07-01-1986 07-01-1986	
SIGN HERE →	<i>Jane Doe</i>		

Si lo inscriben automáticamente, le enviarán su tarjeta de Medicare (la tarjeta roja, blanca y azul) por correo aproximadamente 3 meses antes de cumplir 65 años o en el mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. Si no desea la Parte B, siga las instrucciones que le envían con la tarjeta y devuelva la tarjeta. Si se la queda, significa que se queda con la Parte B y tendrá que pagar las **primas**. Si necesita ayuda para inscribirse en la Parte B, consulte la página 24.

¿Padece usted de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS por su sigla en inglés) también conocida como enfermedad de Lou Gehrig? Obtendrá las Partes A y B automáticamente el mes en que comiencen sus beneficios por incapacidad.

¿Vive usted en Puerto Rico y recibe los beneficios del Seguro Social o de RRB? En ese caso recibirá los beneficios de la Parte A automáticamente. Si desea la Parte B, tendrá que inscribirse. Para más información, comuníquese con el Seguro Social o la oficina de RRB.



Si tiene la Parte A y TRICARE (cobertura para militares en actividad, retirados y sus familias), usted debe tener la Parte B para poder quedarse con la cobertura de TRICARE. Vea la página 25.



La inscripción en las Partes A y B de Medicare (continuación)

Algunas personas deben inscribirse en las Partes A y B

¿Está usted próximo a cumplir 65 años pero no está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) (por ejemplo si aún sigue trabajando)? Si desea la cobertura de la Parte A o B, **tendrá que inscribirse** (aun si es elegible para la Parte A sin el pago de la prima). Si no es elegible para la Parte A sin **prima**, puede comprar las Partes A y B.

Comuníquese con el Seguro Social tres meses antes de cumplir 65 años. Si trabajó para los ferrocarriles, debe inscribirse llamando a RRB.

¿Padece usted de **Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés)**? Entonces puede inscribirse en las Partes A y B en su oficina local del Seguro Social o llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-325-0778. Para obtener más información visite www.medicare.gov/publications y consulte “La cobertura Medicare de la diálisis renal y los servicios de trasplante de riñón”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y preguntar si le pueden enviar la publicación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para obtener información sobre la elegibilidad para Medicare y para inscribirse en las Partes A y/o B. Si tiene 65 años o más, también puede solicitar la Parte A sin prima y la Parte B (por la que pagará una prima mensual) por Internet en www.socialsecurity.gov/retirement. El trámite le tomará menos de diez minutos. Si recibe los beneficios de RRB, llame al 1-877-772-5772.

Para información general sobre la inscripción visite www.medicare.gov/MedicareElegibility. También puede obtener asesoría gratuita y personalizada de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés). Consulte las páginas 137–140 para obtener el número de teléfono.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



¿Cuándo puedo inscribirme?

El Período Inicial de Inscripción

Cuando es elegible por primera vez para la Parte A y la Parte B (por la que debe pagar una **prima** mensual). Por ejemplo, si usted es elegible cuando cumple 65 años, es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años y termina 3 meses después.

3 meses antes del mes en que cumple 65 años	2 meses antes del mes en que cumple 65 años	1 mes antes del mes en que cumple 65 años	El mes you que cumple 65 años	1 mes después del mes en que cumple 65 años	2 meses después del mes en que cumple 65 años	3 meses después del mes en que cumple 65 años
Inscríbase temprano para evitar retrasos en la cobertura. Para obtener la Parte A y/o B en el mes en que cumple 65 años, debe inscribirse durante los tres meses anteriores a su cumpleaños.			Si espera hasta los cuatro últimos meses de su período inicial de inscripción para inscribirse en la Parte A y/o B, su fecha de inicio se retrasará. Vea el cuadro abajo.			

Si se inscribe en la Parte A y/o B durante los tres primeros meses de su período inicial de inscripción la fecha en que se inicie su cobertura dependerá de su cumpleaños:

- Si su cumpleaños **no es** el primer día del mes, la cobertura de la Parte B comenzará el primer día del mes de su cumpleaños. Por ejemplo, el Sr. Palma cumple 65 años el 20 de julio de 2012. Si se inscribe en abril, mayo o junio, su cobertura comenzará el 1 de julio de 2012.
- Si su cumpleaños **es** el primer día del mes, la cobertura de la Parte B comenzará el primer día del mes anterior. Por ejemplo, el Sr. Brito cumple 65 años el 1 de julio de 2012. Si se inscribe en marzo, abril o mayo, su cobertura comenzará el 1 de junio de 2012. Para interpretar el cuadro a continuación, use el mes **anterior** a su cumpleaños como “el mes en que cumple 65 años”.

Aviso: Si lo inscriben automáticamente, estos períodos de inscripción no se aplican a su caso.

Si usted se inscribe en la Parte A y/o B el mes en que cumple 65 años o durante los 3 últimos meses de su período inicial de inscripción, el comienzo de la cobertura se retrasará.

Si se inscribe	La cobertura comienza
El mes en que cumple 65 años	Un mes después
Un mes después de cumplir 65 años	2 meses después
Dos meses después de cumplir 65 años	3 meses después
Tres meses después de cumplir 65 años	3 meses después



¿Cuándo puedo inscribirme? (continuación)

Período General de Inscripción

Si no se inscribió en la Parte A y/o B con un pago de una prima mensual cuando fue elegible por primera vez, podrá hacerlo del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de julio. Usted podría pagar una **prima** mensual más elevada si se inscribe tarde. Vea las páginas 28 y 30.

Si se inscribe en estos meses	Su cobertura comenzará el
Enero	1 de julio
Febrero	
Marzo	

Período Especial de Inscripción

Si no se inscribió en la Parte A y/o B (con pago de una prima) cuando fue elegible por primera vez porque tenía la cobertura médica grupal de su **empleador actual**, puede hacerlo:

En cualquier momento en que usted o su cónyuge (o su pariente si usted está incapacitado) esté trabajando y tenga cobertura médica a través del empleador o sindicato

O

Durante el período de 8 meses que comienza el mes después de que termine su empleo o en que termine la cobertura de su seguro médico grupal, lo que ocurra primero

Por lo general, usted no pagará la multa por inscripción tardía si se inscribe durante el período especial de inscripción. Este período especial no se aplica a las personas que padecen de ESRD. Consulte la página 21. Usted también podría ser elegible para un período especial de inscripción si trabaja como voluntario en un país extranjero.

Aviso: Si tiene COBRA o un plan médico para jubilados, se considera como que no tiene cobertura médica basada en su empleo actual. Por lo tanto, no será elegible para un período especial de inscripción cuando dicha cobertura termine. Para evitar el pago de una prima mensual más cara, asegúrese de inscribirse en Medicare cuando sea elegible por primera vez.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Período abierto de inscripción a Medigap (seguro suplementario a Medicare)

Las pólizas Medigap son vendidas por compañías privadas para ayudarle a cubrir los servicios que Medicare no paga. Usted tiene un período abierto de inscripción a Medigap de 6 meses que comienza el primer mes en el que tiene 65 años y está inscrito en la Parte B. Este período le garantiza el derecho a comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) que se venda en su estado. Una vez que este período comienza no puede retrasarse ni cambiarse. Vea las páginas 66-69.

Para más información sobre los períodos de inscripción, consulte la hoja informativa “Entienda los Períodos de Inscripción en Medicare” en www.medicare.gov/publications. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y preguntar si le pueden enviar una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

¿Debo obtener la Parte B?

La información siguiente le ayudará a decidir si se inscribe o no en la Parte B.

Cobertura de Empleador o Sindicato—Si usted o su cónyuge (o un familiar si usted está incapacitado) **está trabajando** y usted tiene cobertura médica a través del empleador (incluida la del Programa de Beneficios Médicos para Empleados Federales) o de un sindicato, comuníquese con el administrador de beneficios para averiguar cómo trabaja dicho seguro con Medicare. Tal vez le convenga esperar para inscribirse en la Parte B.

Usted puede inscribirse en la Parte B en cualquier momento que tenga la cobertura de su empleador. COBRA o el seguro médico de jubilado no se consideran como un seguro de empleador actual.

Cuando termina el empleo, ocurren tres cosas:

1. Tiene un período de 8 meses para inscribirse en la Parte B sin tener que pagar la penalidad por inscripción tardía. El período es válido independientemente de si elige COBRA o no. **Si escoge COBRA no espere hasta que esta cobertura termine para inscribirse en la Parte B.** Si no se inscribe en la Parte B durante el período de 8 meses, tal vez tenga que pagar una multa si se inscribe más tarde y tendrá que hacerlo durante el período general de inscripción y el inicio de la cobertura se retrasará. Vea la página 23.





¿Debo obtener la Parte B? (continuación)

2. Usted podría escoger COBRA que le permitirá que su cobertura de salud grupal continúe (en la mayoría de los casos sólo por 18 meses) y probablemente tenga que pagar más.
 - Si ya tiene COBRA cuando se inscribe en Medicare, su cobertura de COBRA probablemente terminará.
 - Si es elegible para COBRA después de haberse inscrito en Medicare, le tienen que permitir que se inscriba en COBRA, que siempre pagará después que Medicare a menos que padezca de Enfermedad Renal Terminal (ESRD). Vea la página 23.
3. Cuando se inscriba en la Parte B, comenzará su período abierto de inscripción en Medigap. Vea la página 68.

TRICARE—Si tiene la Parte A de Medicare y TRICARE (cobertura médica para militares en actividad y retirados incluyendo sus familias), **deberá tener también la Parte B para quedarse con la cobertura de TRICARE.** Sin embargo, si es un miembro en servicio o el cónyuge o niño dependiente de un miembro en actividad:

- Usted no tiene que estar inscrito en la Parte B para quedarse con la cobertura de TRICARE mientras esté en actividad.
- Antes de que el miembro en actividad se jubile, usted debe inscribirse en la Parte B para poder quedarse con la cobertura de TRICARE.
- Usted puede obtener la Parte B durante un período especial de inscripción si tiene Medicare porque tiene 65 años o más, o por una incapacidad.
- Usted no tiene que reinscribirse en TRICARE cada año. Su cobertura continuará mientras tenga la Parte B.

Cómo trabajan los otros seguros con Medicare

Cuando usted tiene otro seguro (como el de su empleador o sindicato), hay normas para decidir si Medicare o su otro seguro paga primero. Al seguro que paga primero se le conoce como “**pagador primario**” y el otro es el “**pagador secundario**.”

Use este cuadro para averiguar quién paga primero.

Si tiene un seguro de jubilado (de su antiguo empleador)...	Medicare paga primero.
Si tiene 65 años o más, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador actual o de su cónyuge, y el empleador tiene 20 o más empleados ...	Su seguro de salud grupal paga primero.
Si tiene 65 años o más, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador actual o de su cónyuge, y el empleador tiene menos de 20 empleados ...	Medicare paga primero.
Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador actual o de un familiar, y el empleador tiene 100 o más empleados ...	Su seguro de salud grupal paga primero.
Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador actual o de un familiar, y el empleador tiene menos de 100 empleados ...	Medicare paga primero.
Si tiene Medicare porque padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD)...	Su plan de salud grupal paga primero durante los 30 primeros meses de su elegibilidad para Medicare; después del período de 30 meses, Medicare será el pagador primario.



Aviso: En algunos casos, su empleador puede unirse a otros empleadores o sindicatos para crear un plan de empleadores múltiples. Si esto ocurre, solo uno de los empleadores o sindicatos deben tener el número requerido de empleados para que el plan pague primero.

Cómo trabajan los otros seguros con Medicare (continuación)

A continuación le mencionamos algunos puntos para tener en cuenta:

- El seguro que paga primero, paga hasta el límite de su cobertura.
- El seguro que paga segundo, solo paga los costos que no cubre el pagador primario.
- Tal vez el seguro que paga segundo no cubra todos los gastos que no pagó el pagador primario.
- Si el seguro de su empleador es el pagador secundario, usted tendrá que inscribirse en la Parte B antes de que el seguro pague.

Estos son los tipos de seguro que generalmente pagan primero por los servicios relacionados con dicho seguros:

- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro médico para mineros (“pulmón negro”)
- Seguro de accidente de trabajo (“compensación al trabajador”)

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Sólo pagan después de que Medicare, su plan de salud grupal y/o Medigap hayan pagado.

Si desea más información, consulte “Medicare y Otros Beneficios Médicos: Su guía sobre quién paga primero” en www.medicare.gov/publications. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que le manden una copia. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otro seguro dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia. 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 de TTY deberán llamar al 1-800-318-8782. También puede hablar con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato. Tal vez deba darle a su otro seguro su número de Medicare para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte A?

Por lo general no paga una **prima** mensual por la Parte A si usted o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban.

Si no es elegible para la Parte A sin el pago de la prima, podría comprar la Parte A si cumple una de estas condiciones:

- Tiene 65 años o más y le corresponde (o se inscribe) en la Parte B y cumple los requisitos de ciudadanía o residencia.
- Tiene menos de 65 años, está incapacitado y la cobertura de la Parte A sin pago de prima terminó porque regresó a trabajar. (Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, puede continuar con la Parte A sin pago de la prima por hasta ocho años y medio después de haber regresado a trabajar.)

Nota: En el 2012, las personas que tienen la Parte A pagarán hasta \$451 por mes.

En la mayoría de los casos, si usted **comprar** la Parte A, también tendrá que tener la Parte B y pagar las primas mensuales de ambas partes. Si usted es una persona de ingresos y recursos limitados, su estado puede ayudarle a pagar por la Parte A y/o la Parte B. Vea la página 102. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para obtener información sobre la prima de la Parte A. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Multa por inscripción tardía en la Parte A

Si usted no es elegible para la Parte A sin el pago de la prima y no la compra cuando es elegible por primera vez, su prima mensual podría aumentar hasta un 10%. Usted tendrá que pagar esta prima más cara por el doble del número de años en los que podría haber tenido la Parte A pero no se inscribió. Por ejemplo, si fue elegible para la Parte A por 2 años pero no se inscribió, tendrá que pagar una prima más cara por 4 años. En general, no tendrá que pagar esta multa si se inscribe en la Parte A durante un período especial de inscripción. Vea la página 23.





¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?

Usted paga una **prima** mensual por la Parte B. La mayoría de los beneficiarios pagan la cantidad estándar de \$99.90 en el 2012. Sin embargo, si su ingreso bruto ajustado modificado tal y como figura en su declaración de impuestos de hace 2 años (la declaración de impuestos más reciente proporcionada por el IRS al Seguro Social) está por encima de cierta cantidad, tal vez tenga que pagar más.

El ingreso bruto ajustado modificado es el ingreso bruto ajustado (que paga impuestos) más los ingresos por concepto de intereses exentos de impuestos. Cada año, el Seguro Social le dirá si tiene que pagar más que la prima estándar. El que pague una prima estándar o más elevada puede cambiar cada año dependiendo de sus ingresos. Si tiene que pagar una prima más cara y no está de acuerdo (por ejemplo si su salario ha disminuido), llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-800-325-0778. Si recibe los beneficios de RRB, también debe comunicarse con el Seguro Social.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Si su ingreso anual en el 2010 fue		Usted paga
Declaración de impuestos individual	Declaración de impuestos conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	\$99.90
\$85,000–\$107,000	\$170,000–\$214,000	\$139.90
\$107,000–\$160,000	\$214,000–\$320,000	\$199.80
\$160,000–\$214,000	\$320,000–\$428,000	\$259.70
Más de \$214,000	Más de \$428,000	\$319.70

Para más información, consulte la hoja informativa “Las Primas de la Parte B de Medicare: Normas para los Beneficiarios con Ingresos más Altos” en www.socialsecurity.gov/pubs/10536.pdf.



¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B? (continuación)

Formas de pago

Si usted recibe los beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o del Servicio Civil, la **prima** de la Parte B le será deducida de su cheque de beneficios. Si usted no recibe estos pagos y se inscribe en la Parte B, le mandarán una factura. Si escoge comprar la Parte A, siempre recibirá una factura por por la cantidad de 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 la prima por correo a RRB, Medicare Premium Payments, P.O. Box 9024, St. Louis, MO 63197-9024.

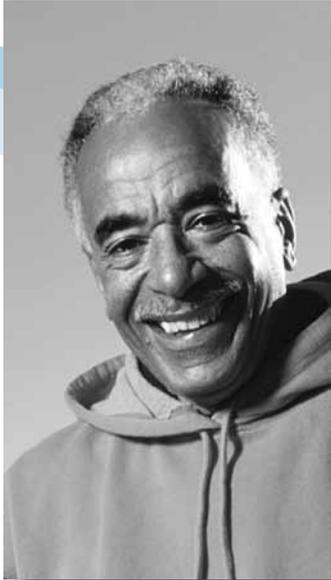
Multa por inscripción tardía en la Parte B

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, quizá tenga que pagar una multa por inscripción tardía por todo el tiempo que tenga Medicare. La prima mensual de la Parte B podría aumentar hasta un 10% por cada período de 12 meses en los que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Por lo general, usted no paga esta multa si cumple ciertos requisitos que le permitan inscribirse en la Parte B durante un período especial de inscripción. Vea la página 23.

Ejemplo: El período inicial de inscripción para el Sr. Montero terminó el 30 de septiembre de 2008. El Sr. Montero esperó para inscribirse en la Parte B hasta el período general de inscripción en marzo de 2011. La multa de la prima de la Parte B es de 20%. (Si bien el Sr. Montero esperó un total de 30 meses antes de inscribirse, solamente se tienen en cuenta dos períodos completos de 12 meses.)

Si tiene ingresos y recursos limitados, consulte la página 97 para obtener información sobre la ayuda para pagar las primas de Medicare.

Lo que cubren las Partes A y B de Medicare



La Sección 2 incluye información sobre:

- Lo que cubre la Parte A (seguro de hospital) 32
- Lo que usted paga por los servicios cubiertos por la Parte A . . 32
- ¿Cuáles son los servicios cubiertos por la Parte A? 33
- Lo que cubre la Parte B (seguro médico) 36
- Lo que usted paga por los servicios cubiertos por la Parte B . . 36
- ¿Cuáles son los servicios cubiertos por la Parte B? 37
- Lo que NO cubren las Partes A y B. 54

¿Cuáles son los servicios que cubre Medicare?

Medicare cubre ciertos servicios médicos y suministros en hospitales, consultorios médicos y otros centros de salud. Los mismos están cubiertos por la Parte A o por la Parte B de Medicare. Si tiene las Partes A y B podrá obtener todos los servicios cubiertos por Medicare que se mencionan en esta sección, independientemente de que tenga el Medicare Original o un [plan de salud de Medicare](#).

- Para obtener la lista de servicios cubiertos por la Parte A, vea las páginas 33–35.
- Para obtener la lista de servicios cubiertos por la Parte B, vea las páginas 37–53.



Lo que cubre la Parte A (seguro de hospital)

La Parte A de Medicare le ayuda a pagar por:

- Su internación en hospitales
- Internación en centros de enfermería especializada (no paga por el [cuidado de compañía](#) ni por el 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 la Salud

Usted puede averiguar si tiene la Parte A fijándose en su tarjeta de Medicare. Si tiene el Medicare Original, usted utilizará esta tarjeta para obtener todos los servicios cubiertos por Medicare. Si se inscribe en un [plan de salud de Medicare](#) tendrá que usar la tarjeta del plan para obtener los servicios cubiertos por Medicare.

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por la Parte A

Por cada servicio que aparece en la tabla de las dos páginas siguientes, le pueden cobrar un [copago](#), [coseguro](#) y [deducible](#).

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o si tiene otro seguro (como una póliza Medigap, o un plan grupal de un empleador o sindicato), los costos podrían variar. Hable con el plan en el que está interesado y pregúnteles sobre los costos, o use el Localizador de planes Medicare en www.medicare.gov/find-a-plan.





Los servicios cubiertos por la Parte A

Sangre

En la mayoría de los casos, el hospital obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, en cuyo caso usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Si el hospital debe comprar la sangre que le darán, deberá pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente (usted u otra persona).

Servicios de la salud en el hogar (atención domiciliaria)

Cuidado limitado **necesario por razones médicas**, intermitente o a tiempo parcial de enfermería especializada y/o, terapia física, terapia del lenguaje/habla y/o personas con una necesidad continua de terapia ocupacional. Un médico participante o un proveedor de la salud que trabaja con el médico, debe verlo primero y certificar que usted necesita la atención domiciliaria. Los servicios deben ser ordenados por su médico y brindados por una agencia para el cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare. El cuidado de la salud en el hogar también incluye los servicios médicos sociales, servicios de ayuda en el hogar parcial o intermitente, y suministros médicos para el hogar. Usted debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de su casa requiere mucho esfuerzo.

- Usted no paga por los servicios cubiertos para el cuidado de la salud en el hogar.
- Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para el equipo médico duradero. Consulte la página 42.

Cuidado de hospicio

Para recibir el cuidado de hospicio, su médico debe certificar que usted tiene una enfermedad terminal y que probablemente le queden 6 meses de vida o menos. Si usted ya recibe cuidado de hospicio, el médico del hospicio o una enfermera diplomada tendrá que verlo aproximadamente a los 6 meses de su ingreso al hospicio para certificar nuevamente que su enfermedad sigue siendo terminal. La cobertura incluye medicinas para el dolor o para controlar los síntomas, servicios médicos, de enfermería, sociales, cierto equipo médico duradero y otros servicios cubiertos; así como los servicios que Medicare generalmente no cubre, como consejería espiritual para lidiar con el problema. Por lo general, el cuidado de hospicio se brinda en su hogar o en una dependencia (como un asilo para ancianos) si ese es su hogar.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Los servicios cubiertos por la Parte A

Cuidado de hospicio (continuación)

El cuidado de hospicio no incluye alojamiento y comida, a menos que el equipo médico determine que usted necesita una estadía corta en un hospital para aliviar el dolor y los síntomas que no puedan tratarse en el hogar. La estadía debe ser en un centro aprobado por Medicare como un hospicio, centro de enfermería especializada u hospital que tenga un contrato con el hospicio. Medicare cubre 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 pagará por los servicios cubiertos que no estén relacionados con su enfermedad terminal. Usted puede seguir recibiendo cuidado de hospicio mientras que el director médico o el médico del hospicio sigan certificando que usted padece de una enfermedad terminal.

- Usted no paga por el cuidado de hospicio.
- Usted paga \$5 por cada receta para tratar el dolor y los síntomas.
- Usted paga el 5% de la **cantidad aprobada por Medicare** para el cuidado de relevo para pacientes internados.

Estadía en el hospital (Internación)

Habitación semi-privada, comidas, enfermería general, medicamentos mientras esté internado y otros servicios y suministros de hospital. Esto incluye internación en un hospital de cuidados agudos, **hospitales de acceso crítico**, **dependencias de rehabilitación para pacientes internos**, **hospitales de atención a largo plazo**, internación como parte de un estudio de investigación y servicios de salud mental. **No** incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación (si se cobran por separado), 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.

- Usted paga un **deducible** de \$1,156 y no tiene que hacer un copago por una estadía de 1–60 días por cada **período de beneficio**.
- De 61–90 días paga \$289 por cada período de beneficio.
- Usted tiene que pagar \$578 por los “**días de reserva vitalicios**” después de los 90 días por cada período de beneficio (hasta 60 días de por vida).
- Después de los días de reserva vitalicios, usted paga todos los costos diarios.
- Los servicios de salud mental que recibe en un hospital psiquiátrico se limitan a un período de 90 días (durante su vida).

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Los servicios cubiertos por la Parte A

Estadía en el hospital (Internación) (continuación)

Aviso: Pasar una noche en el hospital no significa que a usted se lo considera como paciente internado. Se considera como internación cuando usted es admitido al hospital formalmente y con una orden del médico. Pregunte siempre si se le considera como paciente interno o ambulatorio porque puede **influir en los que usted paga y en si calificará para la cobertura de la Parte A en un centro de enfermería especializada**. Si desea más información, consulte “¿Es Usted un Paciente Interno o Ambulatorio del Hospital? Si tiene Medicare—Pregunte” en www.medicare.gov/publications. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que le manden una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Institución religiosa no médica para servicios de la salud (Internación)

Medicare solamente pagará los artículos y servicios que no son ni médicos ni religiosos (como alojamiento y comidas) en este tipo de centro que atiende a las personas que necesitarían recibir los servicios en un hospital o centro de enfermería especializada, pero que por creencias religiosas no aceptan la atención médica. Los suministros y servicios que no son médicos, como los vendajes o el uso de un andador durante la estadía, no requieren una orden del médico o receta. Medicare no cubre los servicios religiosos brindados durante la atención.

Atención en un centro de enfermería especializada

Habitación semi-privada, comidas, enfermería especializada y rehabilitación, y otros servicios y suministros médicos después de una **estadía mínima de 3 días en el hospital por motivos médicos**, por una enfermedad o lesión relacionada. La estadía en el hospital comienza el día en que es admitido formalmente con la orden de un médico y no incluye el día en que le dan de alta. Para obtener atención en este centro, su médico debe indicar que necesita servicios diarios de enfermería especializada como la aplicación de inyecciones endovenosas o terapia física. Medicare no cubre el **cuidado a largo plazo** o el **cuidado de custodia**.

- Usted no paga por los primeros 20 días por cada **período de beneficio**.
- De 21–100 días paga \$144.50 por cada período de beneficio.
- Después de los 100 días usted paga todos los costos en cada período de beneficio.



Lo que cubre la Parte B (seguro médico)

La Parte B ayuda a pagar los servicios del médico, el cuidado para paciente ambulatorio, el cuidado de la salud en el hogar, el equipo médico duradero 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.

Las páginas 37–53 incluyen una lista de los servicios comúnmente cubiertos por la Parte B y una descripción general de los mismos. Medicare puede cubrir algunos servicios y exámenes más frecuentemente de lo estipulado si se necesitan para diagnosticar algún problema médico. Para averiguar si Medicare cubre un servicio que aparezca en la lista visite www.medicare.gov/coverage, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048. Para más detalles sobre los servicios cubiertos por Medicare, visite www.medicare.gov/publications y consulte la publicación “Sus beneficios de Medicare”.



Usted verá esta manzanita al lado de los servicios preventivos de la lista. Use la lista de control de los servicios preventivos que está en la página 3 para hablar con su médico o proveedor de la salud sobre estos servicios y cuáles debe recibir.

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por la Parte B

La lista de las páginas siguientes le brinda información general sobre lo que tiene que pagar en el Medicare Original si recibe los servicios de proveedores de la salud que aceptan la **asignación**. Usted pagará más si sus médicos no aceptan la asignación. **Si está inscrito en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o si tiene otro seguro médico, sus gastos podrían ser diferentes.**

Comuníquese con su plan o con su administrador de beneficios para averiguar sobre los costos.

En el Medicare Original, si se aplica el **deducible** de la Parte B, usted tendrá que pagar todos los costos hasta que haya cubierto la cantidad del deducible anual (\$140 en 2012). Después, Medicare comenzará a pagar la porción que le corresponde y usted pagará generalmente el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para dicho servicio, si su médico acepta la asignación. No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo. Para obtener información específica sobre los costos llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o visite www.medicare.gov.

Usted no tiene que pagar por la mayoría de los servicios preventivos que reciba de un proveedor de la salud que acepte la asignación. Sin embargo, por algunos servicios preventivos, le cobrarán un deducible, **coseguro** o ambos.

Nota: Para más información sobre la asignación, consulte la página 62.



Los servicios cubiertos por la Parte B



Examen de aneurisma abdominal aórtico

Una prueba de ultrasonido realizada una sola vez a las personas a riesgo. Medicare sólo paga por este examen si su médico le da un **referido** como resultado de la visita médica preventiva “Bienvenido a Medicare” ofrecida una sola vez. Vea la página 53. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la **asignación**.



Consejería para el abuso del alcohol

Medicare cubre una evaluación anual para el abuso del alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son dependientes y que estén alertas y competentes durante el asesoramiento. Las personas con resultados positivos pueden obtener hasta 4 breves sesiones de consejería por año. Un médico de atención primaria u otro proveedor de salud calificado debe ofrecer el asesoramiento en un ambiente de atención primaria. Usted no paga nada si el médico o proveedor de salud acepta la asignación.

Servicio de ambulancia

Transporte terrestre cuando es **necesario por razones médicas** 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.

En algunos casos, Medicare puede pagar por servicios limitados de transporte en una ambulancia que no sean de emergencia, si su médico lo ordena por motivos de salud. Medicare sólo pagará por el transporte hacia el 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.

Centro de cirugía ambulatoria

Medicare paga las tarifas del centro para los servicios aprobados en un centro de cirugía ambulatoria (donde se realizan procedimiento quirúrgicos y el paciente es dado de alta en 24 horas). Excepto por ciertos **servicios preventivos** (por los cuales usted no tiene que pagar), usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el centro de cirugía ambulatoria y el médico que lo trata, también tiene que pagar el deducible de la Parte B. Usted tiene que pagar todos los gastos de los procedimientos que Medicare no autoriza en los centros de cirugía ambulatoria.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Sangre

En la mayoría de los casos, el hospital o proveedor obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, y usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Sin embargo, usted hará un **copago** por los servicios para procesar la sangre por cada pinta de sangre que reciba. También tiene que pagar el **deducible** de la Parte B. Si el proveedor tiene que comprar la sangre, usted debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente.



Desintometría ósea (medición de la masa 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 o padecen de ciertas condiciones médicas. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la **asignación**.



Mamografía

Un tipo de radiografía que detecta el cáncer de mamas/seno. Medicare paga por la mamografía cada 12 meses para todas las beneficiarias de 40 años o más. Medicare cubre una mamografía base para las mujeres entre 35 y 39 años. Usted no paga por la mamografía si su médico acepta la asignación.

Rehabilitación cardiaca

Medicare cubre programas integrales que incluyen ejercicios, educación y asesoría para pacientes que reúnen ciertos requisitos. Medicare también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son más rigurosos e intensos. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** si recibe estos servicios en el consultorio del médico. Como paciente ambulatorio del hospital tendrá que pagar el copago que cobra el hospital. También le corresponde pagar el deducible de la Parte B.



Evaluación cardiovascular

Un análisis de sangre para detectar un problema que podría derivar en 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 por la visita médica, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.



Los servicios cubiertos por la Parte B



Evaluación para detectar el cáncer vaginal y del cuello del útero

Para la detección del cáncer cervical, vaginal y de mama. Como parte de la evaluación también se incluye un examen de los senos. 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 se les hizo un examen en los últimos 36 meses y el mismo mostró alguna anormalidad. Sin costo para la prueba Papanicolaou, la recolección de la muestra, los exámenes pélvicos y de los senos si su médico acepta la [asignación](#).

Quimioterapia

Medicare cubre el tratamiento de quimioterapia en el consultorio del médico, en una clínica independiente o en el departamento ambulatorio para personas con cáncer del hospital. Por los servicios de quimioterapia que recibe en el consultorio médico o en una clínica independiente, usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#). Si se la hacen en el departamento ambulatorio del hospital, le cobran un [copago](#). La quimioterapia que recibe como paciente internado en el hospital está cubierta por la Parte A, vea Cuidado de Hospital en la página 34.

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.

Nota: Usted paga por todos los otros servicios o exámenes ordenados por el quiropráctico (incluidas las radiografías y masajes).

Ensayos clínicos

Los estudios de investigación prueban tipos distintos de tratamiento, para comprobar cómo funcionan y si son seguros. Medicare cubre algunos costos como la visita médica y los exámenes para ver si califica. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) y el [deducible](#) de la Parte B.

Nota: Si está inscrito en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), algunos gastos podrían estar cubiertos.



Los servicios cubiertos por la Parte B



Examen para la detección del cáncer colorrectal

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

- Sangre oculta en la materia fecal—Si tiene 50 años o más, una vez cada 12 meses. El examen es gratuito.
- 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 no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la [asignación](#).
- 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 no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la asignación.
- 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 por los servicios del médico. Como paciente ambulatorio del hospital tendrá que pagar el [copago](#) que cobra el hospital.

Defibrilador (automático implantable)

Para algunos beneficiarios diagnosticados con insuficiencia cardiaca.

Si le hacen la cirugía como paciente ambulatorio, usted tiene que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la visita médica.

Si se lo colocan en el hospital, tendrá que pagar un copago que no puede exceder la cantidad del deducible de la Parte A para la internación.

También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Las cirugías para implantar el defibrilador si lo internan, serán pagadas por la Parte A.

Vea Cuidado de Hospital en la página 34.



Evaluación para la depresión

Medicare cubre una evaluación anual para la depresión para todos los beneficiarios de Medicare. El estudio debe realizarse en un contexto de atención primaria que puede ofrecer un tratamiento de seguimiento y referencias. Usted no paga nada si el médico o proveedor de salud acepta la asignación.



Los servicios cubiertos por la Parte B



Evaluación de diabetes

Medicare paga por esta prueba 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 alto de azúcar (glucosa) en la sangre. Medicare también paga por estas pruebas si usted cumple otros criterios, por ejemplo si está excedido de peso o tiene un historial familiar de diabetes.

Según los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para que le hagan hasta dos pruebas de diabetes al año. Usted no paga por el examen si su médico o proveedor de la salud acepta la [asignación](#).



Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes

Medicare cubre este entrenamiento para que los pacientes diabéticos aprendan a controlar la enfermedad. El programa puede incluir consejos para una alimentación saludable, para mantenerse activo, monitorear el nivel de azúcar en la sangre, tomar los medicamentos y reducir los riesgos. 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.

Suministros/insumos para diabéticos

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 con una bomba de insulina. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Nota: La insulina y ciertos suministros médicos necesarios para inyectarse la insulina, como las jeringas, podrían estar cubiertos por el plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D).

Servicios médicos y otros servicios de proveedores

Medicare cubre los servicios médicos que son necesarios por razones médicas (que incluyen los servicios ambulatorios y algunos servicios médicos que recibe mientras está internado en el hospital) o de los servicios preventivos cubiertos. Medicare también cubre los servicios proporcionados por otros proveedores de atención médica, tales como asistentes médicos, enfermeras profesionales, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos. Excepto ciertos servicios preventivos (para los que no paga nada), usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Equipo médico duradero (como andadores)

Artículos como el equipo de oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital ordenados por su médico u otro proveedor para usar en el hogar. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y tiene que haber pagado el **deducible** de la Parte B. **En todo el país, para que Medicare pague, usted debe obtener el equipo y suministros cubiertos, así como las partes y reparaciones de un proveedor aprobado por Medicare.**

Si desea más información, visite www.medicare.gov/publications para consultar la publicación “La Cobertura de Medicare del Equipo Médico Duradero y Otros Dispositivos”.



En algunas zonas del país si usted necesita ciertos artículos debe obtenerlos de proveedores específicos, o Medicare no pagará por ellos y tendrá que pagarlos usted.

El programa está vigente en los estados siguientes: California, Carolina del Norte y Sur, Florida, Indiana, Kansas, Kentucky, Missouri, Ohio, Pennsylvania y Texas. Si usted actualmente vive o está visitando alguna de estas zonas y está alquilando o necesita cierto equipo médico duradero o insumos, entérese usando una de las maneras siguientes, visite www.medicare.gov/supplier para encontrar suplidores aprobados por Medicare. Los proveedores específicos que necesita para el uso de este nuevo programa tienen una estrella de color naranja junto a sus nombres. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

El programa se extenderá a 91 áreas adicionales en todo el país en el 2013. Antes de que ocurran estos cambios en las nuevas zonas, Medicare le proporcionará información.

EKG de evaluación

Medicare cubre un EKG de evaluación una sola vez si usted tiene una orden de su médico emitida como resultado de la visita médica preventiva “Bienvenido a Medicare”. Vea la página 53. Usted le paga al médico el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y tiene que pagar el **deducible** de la Parte B. También cubre un EKG como examen de diagnóstico. Vea la página 50. Si le hacen el EKG en un hospital o en una clínica del hospital, también tendrá que pagar el **copago** del hospital.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Servicios de la sala de emergencia

Estos servicios son cubiertos cuando tiene 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.

Anteojos (cobertura limitada)

Medicare paga por un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas con implante de una lente intraocular. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

Servicios médicos de un centro calificado federalmente

Incluye muchos servicios médicos primarios ambulatorios y preventivos que usted recibe a través de ciertas clínicas en su comunidad. Generalmente, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. La mayoría de los [servicios preventivos](#) son gratuitos.



Vacuna contra la gripe/influenza

Medicare generalmente paga por la vacuna una vez cada otoño o invierno. Usted no tiene que pagar si el proveedor que se la aplica acepta la [asignación](#).

Examen de los pies y tratamiento

Medicare cubre este examen y tratamiento si tiene daño neurológico relacionado con su diabetes y/o cumple ciertos requisitos. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Usted paga un copago por los servicios ambulatorios que recibe en el hospital.



Examen de glaucoma

Medicare paga por este examen 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 el [deducible](#) de la Parte B por la visita médica. Tendrá que pagar un [copago](#) por los servicios ambulatorios del hospital.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Exámenes del oído y del equilibrio

Medicare cubre estos exámenes si su médico lo ordena para averiguar si se necesitará un tratamiento. Paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Le cobrarán un copago por los servicios ambulatorios que reciba en el hospital.

Aviso: Los aparatos de asistencia auditiva o los exámenes para colocarlos no están cubiertos por el Medicare Original.



Vacuna 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, una Enfermedad Renal Terminal (ESRD) o un problema médico que aumenta su riesgo de 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 no paga si su médico acepta la [asignación](#).



Examen del VIH

Medicare cubre la prueba del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) para las personas con Medicare que están embarazadas y las personas con alto riesgo de infección, incluyendo cualquiera que pida la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta 3 veces durante un embarazo. El examen es gratuito.

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)

Medicare cubre los servicios [necesarios por motivos médicos](#) a tiempo parcial y/o intermitente de enfermería especializada, terapia del lenguaje/habla, terapia física, y/o terapia ocupacional si la necesita de manera continua. El médico que lo trata u otro proveedor que trabaje con dicho médico debe verlo primero y certificar que usted necesita los servicios de atención domiciliaria. Los servicios deben ser ordenados por su médico y proporcionados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare.

La atención puede incluir servicios sociales, servicios de auxiliares para el hogar a tiempo parcial o intermitente, equipo médico duradero 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 no paga por los servicios para el cuidado de la salud en el hogar. Para información sobre el equipo médico duradero cubierto por Medicare, consulte las páginas 42.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Servicios y suministros para diálisis renal

Generalmente, Medicare cubre el tratamiento de diálisis tres veces por semana si usted padece de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD). La cobertura incluye los medicamentos para diálisis, análisis, entrenamiento para diálisis en el hogar y el equipo e insumos necesarios. El centro de diálisis es el que coordina los servicios (ya sea para diálisis en el hogar o en el centro). Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Servicios educativos sobre la insuficiencia renal

Medicare puede pagar hasta seis sesiones educativas si usted se encuentra en la Etapa IV de su enfermedad renal y su médico lo ordena. 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 y algunas evaluaciones. Usted no paga por estos exámenes.



Terapia de nutrición

Medicare cubre los servicios médicos de nutrición y otros, si usted tiene diabetes o insuficiencia renal o le han hecho un trasplante de riñón en los 36 últimos meses y su médico los ordena. Usted no paga por estos servicios si su médico acepta la **asignación**.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Servicios para la salud mental (ambulatorio)

Medicare cubre estos servicios para que usted pueda obtener ayuda con problemas psicológicos como la depresión, ansiedad. La cobertura incluye los servicios generales que le brindan de manera ambulatoria (como el consultorio médico, la oficina de otro proveedor de la salud o el departamento ambulatorio del hospital), se incluyen las consultas con el psiquiatra, psicólogo clínico o asistente social, enfermera especializada, servicios para el abuso de sustancias y exámenes. Se aplican ciertas limitaciones y condiciones.

Lo que usted paga dependerá de si le hacen un diagnóstico y lo controlan o le hagan un tratamiento.

- Usted paga por las visitas al psiquiatra u otro médico para el diagnóstico del problema, el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare**.
- Por el tratamiento ambulatorio (por ejemplo terapia o consejería) usted paga el 40% de la cantidad aprobada por Medicare. Este **copago** continuará disminuyendo hasta que llegue al 20% en el 2014.

El **deducible** de la Parte B se aplica a las visitas de diagnóstico y a las del tratamiento.

Nota: la internación para servicios de psiquiatría está cubierta por la Parte A. Vea Cuidado de Hospital en la página 34.



Hable con su médico o proveedor de la salud si se siente triste, no demuestra interés por las cosas que antes disfrutaba, siente una adicción a las drogas o el alcohol o tiene pensamientos suicidas.



Detección y Consejería para la Obesidad

Medicare cubre asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más. Este servicio puede ser cubierto si lo recibe como parte de su cuidado primario, donde se puede coordinar su plan de prevención integral. Para más información hable con su médico de cabecera o proveedor de salud.

Terapia ocupacional

Servicio de evaluación y tratamiento para ayudarlo a regresar a sus actividades de rutina (como bañarse o vestirse) después de una enfermedad o accidente siempre que sea ordenado por su médico. Se pondrán limitaciones para los servicios y también se aceptarán excepciones para dichas limitaciones. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Servicios ambulatorios del hospital

Medicare cubre muchos servicios de diagnóstico y tratamientos en los departamentos ambulatorios de los hospitales. Por lo general, usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico u otro proveedor de la salud. Usted tal vez pague más por los servicios del médico en el departamento ambulatorio del hospital que lo que pagaría en el consultorio del médico. Además de lo que le debe pagar al médico, tendrá que pagarle al hospital un copago por cada servicio, excepto por ciertos **servicios preventivos** que son gratuitos. El **copago** no puede exceder la cantidad del deducible de la Parte A que paga por la internación en el hospital. También tiene que pagar el **deducible** de la Parte B.

Servicios ambulatorios médicos, quirúrgicos e insumos

Medicare cubre los procedimientos aprobados como radiografías, suturas, yesos, etc. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos. Le cobran un copago por cada servicio ambulatorio que recibe en el hospital, pero dicha cantidad no puede exceder la cantidad del deducible que paga por la Parte A para los servicios de internación. También paga el deducible de la Parte B y la cantidad total de los servicios que Medicare no cubre.

Terapia física

Medicare cubre la evaluación y tratamiento de lesiones y enfermedades que hayan afectado su capacidad para funcionar normalmente, cuando su médico u otro proveedor de la salud lo haya ordenado. Hay ciertas limitaciones para los servicios de terapia física en el año y también hay excepciones para dichas limitaciones. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.



Vacuna neumocócica

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 u otro proveedor de atención médica para ver si usted debe recibir esta vacuna. Usted no paga si el médico que se la aplica acepta la **asignación**.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Medicamentos recetados (limitados)

Medicare cubre un número limitado de medicamentos, como las inyecciones que le aplican en el consultorio médico, ciertos medicamentos orales para el cáncer y los que se usan con cierto equipo médico duradero (como nebulizadores o bombas de infusión); y en muy pocas circunstancias, ciertos medicamentos que recibe como paciente ambulatorio del hospital. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare**.

Si el medicamento que recibe en el departamento ambulatorio del hospital es parte del servicio, tendrá que pagar un **copago** por el servicio. Sin embargo, si le dan otros medicamentos como paciente ambulatorio (conocidos como “medicamentos de auto-administración” o medicamentos que puede tomar por usted mismo) no serán cubiertos por la Parte B. Lo que pague dependerá de si tiene la Parte D u otra cobertura de medicamentos, si su plan cubre el medicamento y si la farmacia del hospital pertenece a la red del plan. Comuníquese con su plan de medicamentos recetados para averiguar lo que le corresponde pagar por los medicamentos que recibe en el departamento ambulatorio del hospital y que no están cubiertos por la Parte B. Si desea más información vea la página 94.

Para cualquier otro ejemplo que no sean los mencionados anteriormente, usted paga el 100% de la mayoría de los medicamentos, a menos que tenga la Parte D u otra cobertura de medicamentos.



Examen para la detección del cáncer de la próstata

Esta prueba ayuda a detectar el cáncer de próstata. Medicare paga por una evaluación dígito rectal y del Antígeno Prostático Específico (PSA por su sigla en inglés) cada 12 meses para todos los beneficiarios de Medicare de más de 50 años (a partir del día en que cumple 50 años). El PSA es gratis pero usted tiene que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la visita médica y el **deducible** de la Parte B. Tendrá que pagar un copago por los servicios ambulatorios del hospital.

Aparatos ortopédicos (prótesis y ortesis)

Incluidos aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales (y sus repuestos); algunas 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), ordenados por su médico o proveedor participante en Medicare. Para que Medicare pague por ellos, usted debe usar un proveedor inscrito en Medicare. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Rehabilitación pulmonar

Medicare cubre un programa integral de rehabilitación pulmonar si usted tiene una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada a grave y el médico que lo trata le da un **referido**. Usted le paga al médico el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** si recibe el servicio en el consultorio del médico. También debe pagarle al hospital un copago por cada sesión si recibe el servicio como paciente ambulatorio del hospital, y el **deducible** de la Parte B.

Servicios médicos rurales

Medicare cubre muchos servicios médicos primarios ambulatorios y **servicios preventivos** en clínicas y centros de salud rurales. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Sin embargo, usted no paga por la mayoría de los servicios preventivos.

Segunda opinión sobre una cirugía

Medicare cubre una segunda opinión de cirugía en ciertos casos y siempre que no sea una cirugía de emergencia. En algunos casos puede cubrir hasta una tercera opinión. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Servicios de patología del lenguaje/habla

Evaluación y tratamiento brindado para recuperar y fortalecer las destrezas del habla y del lenguaje incluidas las destrezas cognitivas y la habilidad para tragar, cuando sean ordenados por su médico. Hay ciertos límites para lo que Medicare paga anualmente por estos servicios y también hay excepciones a los límites. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Vendajes quirúrgicos

Medicare cubre estos servicios para una herida quirúrgica o una lesión tratada con cirugía. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico u otro proveedor de la salud. También pagará un copago fijo si recibe estos servicios como paciente ambulatorio del hospital. Usted no tiene que pagar por los insumos, pero debe pagar el deducible de la Parte B.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Servicios 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 podría verse alterado por el tabaco**. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) y el [deducible](#) de la Parte B. Tendrá que pagar un [copago](#) por los servicios que recibe en el hospital como paciente ambulatorio.



Si no le han diagnosticado una enfermedad causada o empeorada por el uso del tabaco, la consejería para dejar de fumar estará considerada por Medicare como un servicio preventivo. Usted no paga por las sesiones para dejar de fumar si su médico o proveedor acepta la [asignación](#).

Telemedicina (Telesalud)

Medicare cubre limitadamente los servicios médicos u otros, como consultas médicas que se hacen a través de un sistema de comunicaciones interactivo (como un audio en vivo/ tiempo real y video), ofrecido por un proveedor de la salud en un lugar distante al sitio en que se encuentra el paciente. Estos servicios están disponibles en algunas zonas rurales, si cumplen con ciertos requisitos y se brindan en un consultorio médico, en una clínica médica rural, un centro de salud aprobado federalmente, un centro de diálisis en un hospital, un centro de enfermería especializada o una clínica comunitaria de salud mental. Por la mayoría de los servicios usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Exámenes (que no sean los análisis de laboratorio)

Medicare cubre los 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 el deducible de la Parte B. Si le hacen estos exámenes como paciente ambulatorio en un hospital, usted paga una cantidad fija que puede ser más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare, pero no más que la cantidad del deducible de la Parte A para los servicios de internación. Vea “Servicios de Laboratorio” en la página 45 para averiguar acerca de los otros análisis cubiertos por la Parte B.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Trasplantes y medicamentos inmunosupresores

Medicare cubre los servicios médicos para trasplantes del corazón, pulmón, riñón, páncreas, hígado e intestino, en ciertas circunstancias y sólo en un centro certificado por Medicare. Los trasplantes de córnea y médula ósea sólo están cubiertos por Medicare si se cumplen ciertas condiciones.

Los medicamentos inmunosupresores están cubiertos 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 debe ser elegible para la Parte B cuando recibe los medicamentos inmunosupresores. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Si está pensando en inscribirse en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) 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 el hospital estén en la red del plan. Además debe averiguar sobre la autorización previa en las normas de cobertura del plan.

Nota: Los planes de recetas médicas de Medicare (Parte D) pueden cubrir los medicamentos inmunosupresores, inclusive si el trasplante no fue pagado por Medicare o un plan de salud grupal de empleador o sindicato.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Viajes (servicios médicos cuando viaja fuera de los Estados Unidos)

Por lo general Medicare no cubre los servicios médicos cuando usted está de viaje fuera de los Estados Unidos (que incluye los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana). Hay algunas excepciones. En algunos casos Medicare paga por los servicios que usted recibió mientras se encontraba a bordo de un barco, en aguas territoriales cercanas a 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:

1. Si la emergencia ocurrió dentro de los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición.
2. Si está viajando por Canadá sin retraso considerable y por la ruta más directa entre Alaska y otro estado cuando ocurre la emergencia médica, y el hospital canadiense está más cerca que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición.
3. Si usted vive en los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca de su domicilio que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición, independientemente de que sea o no una emergencia.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Medicare puede cubrir el transporte en ambulancia si fuese **necesario por motivos médicos** a un hospital extranjero solamente si lo admiten al hospital para que reciba atención médica.

Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Atención urgente

Medicare cubre los servicios para tratar una enfermedad repentina o una herida que no sea una emergencia médica. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el servicio del proveedor de la salud y el deducible de la Parte B. Si recibe la atención como paciente ambulatorio del hospital, le cobrarán un **copago**.



Los servicios cubiertos por la Parte B



“Bienvenido a Medicare” visita médica preventiva

Durante los 12 primeros meses en los que tenga la Parte B, usted puede acudir a la visita médica preventiva conocida como el examen “Bienvenido a Medicare”. Esta visita les permite a usted y a su médico crear un plan personalizado para prevenir enfermedades, mejorar su estado de salud y ayudarle a que se mantenga sano. Cuando haga la cita, dígalos que la quiere para el examen “Bienvenido a Medicare”.



Visita anual de bienestar

Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede hacerse la visita anual de “Bienestar” para crear o actualizar el plan personalizado para prevenir enfermedades basándose en su estado de salud y factores de riesgo. Medicare cubre esta visita una vez cada 12 meses.

Su médico le puede sugerir que usted llene un cuestionario corto, llamado Evaluación de Riesgos de Salud, como parte de esta visita. La respuesta a estas preguntas pueden ayudarle a determinar en qué trabajar para mantenerse saludable. Las preguntas se basan en años de investigación médica y el asesoramiento de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Para más información sobre la evaluación de riesgos a la salud, visite www.Medicare.gov.

Aviso: Usted no puede hacerse la primera visita anual de “Bienestar” durante los 12 primeros meses que tenga Medicare o que se haya hecho la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, usted no tiene que haber acudido a la visita médica preventiva “Bienvenido a Medicare” antes de hacerse el servicio anual de “Bienestar”.

Usted no paga por la visita “Bienvenido a Medicare” ni por el servicio anual de “Bienestar” si su médico o proveedor de la salud acepta la [asignación](#). Sin embargo, si el médico o proveedor le hace otro examen o le brinda otro servicio durante la misma visita y los mismos no son considerados como servicios preventivos, tendrá que pagar un [coseguro](#) y el [deducible](#) de la Parte B.

Lo que las Partes A y B NO cubren

Medicare no cubre todos los servicios. Si usted necesita un servicio que Medicare no cubre, tendrá que pagarlo de su bolsillo a menos que:

- Tenga otro seguro (entre los que se incluye Medicaid) que cubra estos gastos.
- Está inscrito en un [plan de salud de Medicare](#) que cubre dichos servicios.

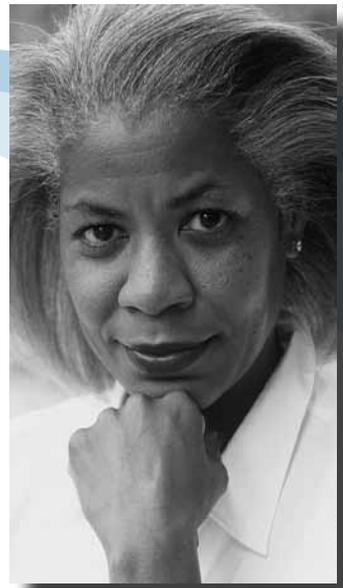
Aun si Medicare cubre un servicio o artículo, usted generalmente tendrá que pagar los [deducibles](#), el [coseguro](#) y los [copagos](#).

Algunos de los artículos y servicios que Medicare no cubre son:

- El [cuidado a largo plazo](#) (conocido como [cuidado de compañía](#)).
Vea las páginas 122–124.
- El cuidado dental de rutina.
- Las dentaduras.
- La cirugía estética.
- Acupuntura.
- Audífonos.
- Los exámenes para colocarle los audífonos.

Si está inscrito en el Medicare Original, para averiguar si Medicare paga por un servicio que usted necesita, visite www.medicare.gov/coverage o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información general. Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-486-2048. Si está inscrito en un plan de salud de Medicare, llame al plan.

Sus Opciones en Medicare



La Sección 3 incluye la información siguiente:

- Decida cómo desea recibir los beneficios de Medicare 56
- Sus opciones de cobertura 57
- Lo que debe tener en cuenta al escoger o cambiar su cobertura . . 58
- El Medicare Original 59
- Las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) 66
- Los planes Medicare Advantage (Parte C) 70
- Otros [planes de salud Medicare](#) 82
- La cobertura Medicare de los medicamentos recetados (Parte D) . . 84

Este manual contiene información general. Para hacer una elección informada, usted necesitará más información que la que le brinda este manual. Antes de tomar una decisión obtenga la mayor cantidad de datos sobre los distintos tipos de cobertura disponibles. Si desea ayuda con sus decisiones Medicare, consulte la página 56.

Decida cómo desea recibir los beneficios de Medicare

Usted puede escoger distintas maneras de obtener sus beneficios.



1. Puede inscribirse en el Medicare Original y si desea la cobertura de las recetas médicas debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D).
2. Puede inscribirse en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que tal vez incluya la cobertura de los medicamentos recetados. En la mayoría de los casos usted debe aceptar la cobertura de medicamentos del plan MA.

Si no escoge inscribirse en un plan Medicare Advantage o en otro [plan de salud de Medicare](#), quedará inscrito en el Medicare Original. Consulte la página siguiente si desea más información sobre sus opciones y sobre las decisiones que debe tomar.

Nota: Si usted padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD), por lo general recibirá sus beneficios a través del Medicare Original. Vea la página 59 si desea más información.

Cada otoño usted debe evaluar sus necesidades de salud y de medicamentos porque su salud, sus finanzas y la cobertura del plan tal vez hayan cambiado. Si decide que hay otra cobertura que le conviene más, **puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre**. Vea las páginas 78 y 85. Si está satisfecho con la cobertura de su plan para el año próximo, no debe hacer ningún cambio.

¿Necesita ayuda para decidir?

1. Visite el localizador de planes en www.medicare.gov/find-a-plan para buscar y comparar los planes médicos en su zona.
2. Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés) para asesoría gratuita sobre la selección de un plan. Consulte las páginas 137–140.
3. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Agente”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea en inglés o español, avísele al representante de servicio al cliente.

Vea las páginas 114–115 para obtener más información sobre cómo usa y divulga su información médica personal el Medicare Original o cualquier plan de Medicare.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Sus opciones en Medicare

Hay dos opciones para recibir la cobertura de Medicare. Use estos pasos para decidir.

Paso 1

Decida si desea el Medicare Original o un plan Medicare Advantage

Plan Medicare Original consta de: la Parte A (seguro de hospital) y/o la Parte B (seguro médico)

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

Vea las páginas 59–65.

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** y pagar la prima mensual.
- Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.

Vea las páginas 84–94.

Paso 3

Decida si quiere cobertura adicional

- Tal vez le interese obtener un seguro privado que cubra los servicios que el Medicare Original no cubre. Usted puede comprar otro seguro privado, 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 66–69.

Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO)

Parte C—incluye AMBAS Partes, la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico)

- Ofrecida por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.
- Generalmente debe atenderse con médicos, hospitales y proveedores de la red del plan, o podría pagar más o tener que pagar todos los costos.
- 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 70–81.

Paso 2

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

- Si desea esta cobertura, en la mayoría de los casos, **debe obtenerla del plan Medicare Advantage**.
- En algunos planes Medicare Advantage que no ofrecen dicha cobertura, usted podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

Vea la página 73.

Aviso: Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, no puede usar su póliza Medigap para pagar los costos del bolsillo del plan MA. Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage no le pueden vender una póliza Medigap. Vea las páginas 66–69.

Además del Medicare Original o de un plan Medicare Advantage usted podrá inscribirse en otros **planes de salud de Medicare**. Vea las páginas 82–83. Usted podría ahorrar dinero o tener otras opciones si sus ingresos y recursos son limitados. Vea las páginas 98–104. También usted tenga otra cobertura, como un seguro médico grupal de su empleador, sindicato, militar o beneficios para veteranos. Vea las páginas 95–96.

Lo que debe considerar al escoger o cambiar su cobertura

Cobertura	¿Están cubiertos los servicios que usted necesita?
Su otro seguro	¿Tiene o es elegible para otro tipo de cobertura de salud o de medicamentos (como la de su empleador actual o pasado o sindicato)? 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 o de otro seguro, 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 , deducibles , y otros costos? ¿Cuánto paga por los servicios como la estadía en el hospital y la consulta médica? ¿Hay un límite anual para los gastos directos de su bolsillo? Sus costos pueden variar si no cumple las normas de cobertura.
Su elección del médico y del hospital	¿Acepta su médico ese plan? ¿Está aceptando pacientes nuevos? ¿Tiene que usar un médico o un hospital de la red del plan? ¿Tiene que ser referido a un especialista?
Medicamentos recetados	¿Tiene que inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados? ¿Tiene cobertura válida de medicamentos ? ¿Tendrá que pagar una multa si se inscribe más tarde? ¿Cuánto cuestan los medicamentos en cada plan? ¿Cubre el formulario (lista de medicinas) del plan los medicamentos que usted necesita?
Calidad del cuidado	¿Está satisfecho con la calidad de los servicios? La calidad de los servicios brindados por los planes y otros proveedores de la salud puede variar. Medicare tiene información para que compare los servicios de los planes y proveedores. Consulte la página 131.
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? ¿Usan los médicos los archivos médicos electrónicos o las recetas electrónicas (E-recetas)? Vea la página 132.
Viaje	¿Lo cubre el plan en otro estado o fuera de los Estados Unidos?



El Medicare Original

El Medicare Original es una de sus opciones de planes del programa Medicare. Usted estará inscrito en el Medicare Original a menos que elija inscribirse en otro [plan de salud de Medicare](#).

¿Cómo funciona el Medicare Original?

El Medicare Original es una cobertura administrada por el gobierno federal. Por lo general usted paga una parte del costo de cada servicio.

A continuación le mencionamos las normas generales del plan:

	Medicare Original
¿Puedo atenderme con cualquier médico, proveedor u hospital?	Sí. Usted puede usar a cualquier médico, hospital, proveedor o clínica que participe en Medicare y que acepte nuevos pacientes con Medicare.
¿Cubre las recetas médicas?	Con unas pocas excepciones (vea las páginas 34 y 48), la mayoría de los medicamentos no están cubiertos. Usted puede agregar esta cobertura inscribiéndose en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D).
¿Debo escoger un médico de cabecera?	No.
¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?	En la mayoría de los casos no, sin embargo el especialista debe estar inscrito en Medicare.
¿Necesito una póliza suplementaria?	Es posible que usted ya tenga un seguro de su empleador o sindicato que pague por lo que el Medicare Original no cubre. Si no es su caso, tal vez le convenga comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare). Vea las páginas 66–69.
¿Qué más debo saber acerca del Medicare Original?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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/copago) por los servicios y suministros cubiertos. No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo. ▪ Generalmente paga la prima mensual de la Parte B. Vea la página 102 para obtener información sobre los Programas de Ahorros de Medicare que pueden ayudarle con la prima de la Parte B. ▪ Por lo general, usted no envía sus reclamaciones a Medicare. Los proveedores (médicos, hospitales, SNF 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.

Lo que usted paga

Los gastos directos de su bolsillo en el Medicare Original dependerán de:

- Si tiene las Partes A y/o B de Medicare. La mayoría de los beneficiarios tiene las dos.
- Si su médico o proveedor acepta la “**asignación**”.
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si recibe servicios o suministros que Medicare no cubre, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios a menos que tenga otro seguro.
- Si su otro seguro trabaja con Medicare.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda estatal para pagar por los costos de Medicare. Vea las páginas 102–103.
- Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare).
- Si usted y su médico firman un contrato privado. Vea la página 64.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Si desea información sobre cómo funciona su otro seguro con Medicare, consulte las páginas 26–27. Si desea información sobre la ayuda disponible para pagar por lo que el Medicare Original no cubre, consulte la página 97.

El Resumen de Medicare

Si recibe algún servicio cubierto por Medicare, recibirá por correo un Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés) cada 3 meses. 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 debe pagarle 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. Vea las páginas 117–119 para obtener información sobre el fraude a Medicare.
- 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.
- Si un artículo o servicio le fue denegado, llame a su médico para asegurarse de que hayan presentado la reclamación correctamente. Si estaba incorrecta, pídale que envíen la reclamación nuevamente.

Si desea apelar una decisión, vea las páginas 107–108.

Si necesita informar sobre un cambio de domicilio para su MSN, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si está jubilado del servicio ferroviario (RRB), llame a RRB al 1-877-772-5772.

Usted ahora no tiene que esperar a que le llegue el MSN para ver sus reclamaciones. En el sitio web www.MiMedicare.gov podrá hacer un seguimiento de sus reclamaciones o ver su MSN electrónicamente. Consulte la página 130. Sus reclamaciones generalmente estarán disponibles 24 horas después de que las haya procesado.

Mantenga sus costos bajos con la “Asignación”

La **asignación** significa que su médico, proveedor o suplidor acepta (o debe aceptar por ley) la **cantidad aprobada por Medicare** como pago total por los servicios brindados. Algunos proveedores han firmado un acuerdo para aceptar la asignación para todos los servicios cubiertos por Medicare y se les conoce como proveedores “participantes”. Otros proveedores no han firmado el acuerdo, pero pueden igualmente aceptar la asignación para todos los servicios cubiertos por Medicare. A estos se les conoce como proveedores “no participantes”.

La mayoría de los proveedores y suplidores aceptan la asignación, sin embargo, usted debe asegurarse de que lo hagan. Averigüe cuánto tiene que pagar usted por cada servicio o suministro antes de recibirlo.

Si su médico o proveedor **acepta** la asignación:

- Los gastos directos de su bolsillo pueden ser menores.
- Sólo le pueden cobrar el **deducible** y el **coseguro** y generalmente esperan hasta que Medicare pague su parte.
- Todos los médicos o proveedores tienen que enviar su factura directamente a Medicare y no pueden cobrarle por hacerlo.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Mantenga sus costos bajos con la “Asignación” (continuación)



Si su médico, proveedor o suplidor **no acepta** la **asignación**:

- Tal vez usted tenga que pagar por el servicio cuando lo reciba. Su médico o proveedor deben enviar la reclamación a Medicare por cada servicio que le brindan y no pueden cobrarle por hacerlo. Si no presentan la reclamación después de que usted se lo haya pedido, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1 877 486 2048.

Aviso: Tal vez usted tenga que enviar la factura a Medicare usando el Formulario CMS-1490S. Visite www.medicare.gov/medicareonlineforms para obtener el formulario y las instrucciones para el reembolso o llame al 1-800-MEDICARE.

- También pueden cobrarle más de la **cantidad aprobada por Medicare**, hasta un cierto límite conocido como “cargo limitante” o “cargo límite”. Esta cantidad es el 15% más del pago que Medicare le hace al proveedor “no participante”. Los proveedores “no participantes” reciben el 95% de la cantidad estipulada. 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 (que participe en Medicare), vaya a www.medicare.gov/physician o al www.medicare.gov/supplier. También puede averiguarlo llamando al 1-800-MEDICARE o pregúntele a su médico, proveedor, o suplidor si aceptan la asignación.

Lo que debe saber sobre los contratos privados

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. Usted no tiene que firmarlo si no quiere. Siempre puede escoger atenderse con otro médico que acepte brindarle los servicios a través de Medicare. Si firma un contrato privado:

- **Medicare no pagará ningún servicio que reciba de ese médico o proveedor, aun si el servicio está cubierto por Medicare.**
- Usted 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 Medicare.
- Su médico debe decirle si fue excluido del programa Medicare.

No se le puede pedir que firme un contrato privado en una situación de emergencia o cuando necesite cuidado urgente.

Usted siempre tiene la opción de escoger un servicio que no está cubierto por Medicare mientras lo pague de su bolsillo.

También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para conseguir asesoría sobre la firma de un contrato privado con cualquier médico u otro proveedor de la salud. Encontrará el número de teléfono en las páginas 137–140.



Vea las páginas 107–119 si desea información sobre los derechos de apelación y cómo protegerse y proteger a Medicare del fraude.





Agregue la cobertura Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)

En el Medicare Original, **si actualmente no tiene una cobertura válida de medicamentos** (por ejemplo de su empleador actual o pasado o sindicato) y desea obtenerla, debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Estos planes son ofrecidos por compañías privadas que tienen un contrato con Medicare. Si no tiene una cobertura válida de medicamentos en cuanto sea elegible, debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. **Si en vez de inscribirse en cuanto es elegible decide hacerlo más tarde, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía.** Si desea más información, consulte las páginas 90–91.

Si tiene una cobertura válida de medicamentos de un empleador o sindicato, llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato antes de hacer cualquier cambio a su cobertura. Su empleador o sindicato le informará cada año si su cobertura de medicamentos es válida. Si cancela el seguro médico de su empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarlo. Tenga en cuenta que si cancela su plan de **medicamentos** también tendrá que cancelar su cobertura **de salud** (médico y hospital). Además, si cancela su cobertura es posible que también deba cancelar la de su cónyuge y dependientes.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Ayuda adicional 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. Vea las páginas 98–101 para averiguar si reúne los requisitos para la Ayuda Adicional.

Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)

El Medicare Original paga por muchos pero no todos los servicios médicos y suministros. Una póliza Medigap es un seguro suplementario a Medicare vendido por una compañía privada que puede ayudarle a cubrir las faltas de cobertura del Medicare Original tales como los **copagos**, **coseguro** y **deducibles**. **A este seguro suplementario a Medicare se le conoce como póliza Medigap.**

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 el Medicare Original y tiene una póliza Medigap, el Medicare Original pagará la parte que les corresponde de la **cantidad aprobada por Medicare** de los servicios médicos cubiertos y luego Medigap pagará la otra parte. Usted tiene que pagar la **prima** de la póliza Medigap.

Cada póliza Medigap debe cumplir las leyes federales y estatales promulgadas para protegerlo y debe indicar claramente que es un “Seguro Suplementario a Medicare”. Las compañías de seguro sólo pueden venderle las pólizas Medigap “estandarizadas” identificadas en la mayoría de los estados por letras (planes A–N). Todas las pólizas estandarizadas deben ofrecer la misma cobertura básica, y algunas ofrecen beneficios adicionales para que usted escoja la que le convenga más. En Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, están estandarizadas de manera diferente.

Nota: Los planes E, H, I y el J ya no están a la venta, pero si usted ya tiene uno, puede quedárselo. Si desea más información hable con su compañía de seguro.

Las compañías de seguro Medigap pueden cobrarle primas diferentes por exactamente la misma póliza. Antes de comprar una póliza Medigap asegúrese de comparar pólizas iguales (por ejemplo, compare un Plan A de una compañía con el Plan A de otra compañía).

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). Si compra una póliza Medicare SELECT, también tiene derecho a cambiarla por una póliza Medigap estandarizada durante el primer año.

Las palabras
en color
azul están
definidas en
las páginas
141–144.

El cuadro a continuación le brinda información básica sobre los distintos beneficios que cubren las pólizas Medigap. Si aparece una marca significa que cubre el 100% del servicio. Si aparece un porcentaje ese es el porcentaje que cubre.

Nota: Para comparar las pólizas necesitará más información de la que se indica en el cuadro. Visite www.medicare.gov/publications y consulte la publicación “Selección de una póliza Medigap: Una guía sobre el seguro de salud para las personas con Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para que le envíen una copia por correo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Beneficios	Planes Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)									
	A	B	C	D	F*	G	K	L	M	N
El coseguro de la Parte A y los costos del hospital hasta 365 días adicionales, después de haber agotado los beneficios de Medicare	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
El coseguro o copago de la Parte B	√	√	√	√	√	√	50%	75%	√	√**
Sangre (las tres primeras pintas)	√	√	√	√	√	√	50%	75%	√	√
El coseguro o copago de la Parte A del cuidado de hospicio	√	√	√	√	√	√	50%	75%	√	√
El coseguro por el cuidado en un centro de enfermería especializada			√	√	√	√	50%	75%	√	√
El deducible de la Parte A		√	√	√	√	√	50%	75%	50%	√
El deducible de la Parte B			√		√					
El sobrecargo (cargos en exceso) por los servicios de la Parte B					√	√				
Emergencia en el extranjero (hasta el límite del plan)			√	√	√	√			√	√
							Límite de gastos del bolsillo			
							\$4,640	\$2,320		

* El plan F también ofrece una opción de deducible alto. Si acepta esta opción, tendrá que pagar los costos cubiertos por Medicare (coseguro, copagos y deducibles) hasta que haya cubierto el deducible de \$2,000 para el 2011, antes de que la póliza Medigap comience a pagar.

** El plan N paga el 100% del coseguro de la Parte B, excepto por un copago de hasta \$20 por algunas consultas médicas y hasta \$50 por la visita a la sala de emergencia a menos que lo admitan al hospital.

Más sobre las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare)

Información importante

- Usted tiene que tener las Partes A y B de Medicare.
- 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.
- Las pólizas Medigap sólo cubren a una persona. Si su cónyuge quiere dicha cobertura tendrá que comprar su propia póliza.
- Usted no puede tener la cobertura de las recetas médicas de Medigap y del plan de medicamentos. Vea la página 95.
- Es importante que compare las pólizas dado que los costos pueden variar y en algunas pólizas pueden aumentar a medida que usted envejece. Los precios pueden estar limitados por las leyes estatales.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Cuándo debe comprarla

- El mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el período de 6 meses que se inicia el primer día del mes en que usted 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 y le pueden costar más. Por ejemplo, si cumple 65 años y está inscrito en la Parte B en junio, el mejor momento para comprar una póliza Medigap es entre junio y noviembre.
- Si tiene la cobertura médica de su empleador o sindicato (o el de su cónyuge), su período abierto de inscripción comenzará cuando se inscriba en la Parte B.
- La ley federal no obliga a las compañías de seguro a que les vendan pólizas Medigap a los beneficiarios menores de 65 años. Si tiene menos de 65 años, no podrá comprar una póliza Medigap hasta que cumpla 65 años. Sin embargo, algunos estados obligan a las compañías a vendérsela aun si usted tiene menos de 65 años.



Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage

- Si tiene una póliza Medigap y se inscribe en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) tal vez le convenga cancelar su póliza Medigap. Usted no puede usar su póliza Medigap para pagar los **copagos**, **deducibles** y las primas de su plan Medicare Advantage. Si decide cancelar su póliza Medigap, debe llamar a su compañía de seguro. Si cancela su póliza Medigap para inscribirse en un plan Medicare Advantage, en la mayoría de los casos no podrá recuperarla.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage (continuación)

- Si ya tiene un plan Medicare Advantage, es ilegal que cualquier persona le venda una póliza Medigap a menos que usted esté regresando al Medicare Original. Si tratan de venderle una póliza comuníquese con su Departamento Estatal de Seguro. Si quiere volver al Medicare Original y comprar una póliza Medigap, hable con su plan MA para cancelarlo.
- Si se inscribe en un plan Medicare Advantage por primera vez y no está satisfecho con el plan, puede regresar al Medicare Original dentro del año de haberse inscrito y se le otorgarán derechos especiales para comprar una póliza Medigap.
 - Si antes de inscribirse ya tenía una póliza Medigap, puede recuperarla si la compañía todavía la vende. Si no estuviera disponible, puede comprar otra póliza Medigap.
 - Su póliza Medigap ya no podrá ofrecerle la cobertura de medicamentos aun si antes la tenía, pero sin embargo podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.
 - Si se inscribe en un plan Medicare Advantage cuando es elegible para Medicare por primera vez, podrá escoger cualquier póliza.

Para más información sobre las pólizas Medigap

- Visite www.medicare.gov/publications para consultar la publicación “Selección de una póliza Medigap: Una guía sobre el seguro de salud para las personas con Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si pueden enviarle una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.medicare.gov/Medigap.
- Comuníquese con el Departamento Estatal de Seguro. Llame al 1-800-MEDICARE para averiguar el número de teléfono. También puede obtenerlo en www.medicare.gov/contacts.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 137–140.



Planes Medicare Advantage (Parte C)

Los planes Medicare Advantage (como los HMO o PPO) son opciones de **planes de salud de Medicare** (como un HMO o PPO) vendidos por compañías privadas aprobadas por Medicare. A los planes Medicare Advantage a veces se les conoce como la “Parte C” o “Planes MA”. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage sigue estando en el programa Medicare. El plan, en vez del Medicare Original, le brindará todos los servicios cubiertos por la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Todos los tipos de planes le dan cobertura durante las emergencias o necesidad de atención urgente. Los planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios que cubre el Medicare Original excepto el cuidado de hospicio. El Medicare Original cubre el cuidado de hospicio aun si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage. Los planes Medicare Advantage no se consideran cobertura complementaria.

Los planes Medicare Advantage pueden ofrecer cobertura adicional como servicios de la vista, oídos, dental y los programas de salud y bienestar. La mayoría de los planes incluyen la cobertura de las recetas médicas. Además de la **prima** de la Parte B, usted tendrá que pagar la prima mensual del plan.

Medicare paga a las compañías que ofrecen estos planes, una cantidad fija cada mes. Los planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare. Sin embargo, cada plan Medicare Advantage puede tener gastos de su bolsillo diferentes, así como normas diferentes sobre cómo obtener sus servicios (por ejemplo si necesita ser **referido** para ver a un especialista o si tiene que atenderse con médicos, proveedores y en hospitales de la red del plan para los servicios que no sean de emergencia o urgentes). Estas normas pueden cambiar cada año.

Los planes Medicare Advantage incluyen:

- Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)—En la mayoría de ellos usted solo puede atenderse con proveedores de la salud y en hospitales de la red del plan, excepto en caso de emergencia. Tal vez necesite una orden de su médico de cabecera para ver un especialista. Vea la página 76.
- Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO)—En los PPO usted paga menos si se atiende con los médicos y en hospitales de la red del plan y le cobran más si se atiende con proveedores que no están en la red. Vea la página 76.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Los planes Medicare Advantage incluyen (continuación)

- Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS)—Estos planes son similares al Medicare Original porque usted puede atenderse con cualquier médico u hospital que acepte tratarlo. El plan determina la cantidad que le paga al médico, proveedores y hospitales, y cuánto le corresponde pagar a usted. Vea la página 77.
- Planes para Necesidades Especiales (SNP)—Son planes que brindan atención médica centralizada y especializada en un grupo específico de personas como por ejemplo aquellos que tienen Medicare y Medicaid, los que viven en un asilo para ancianos (geriátrico) o que padecen de ciertas condiciones crónicas. Vea la página 77.

Hay otros tipos de planes Medicare Advantage menos comunes que podrían estar disponibles como:

- Planes HMO con Opción de Punto de Servicio (HMOPOS)—Un plan HMO que podría permitirle recibir servicios fuera de la red pagando un **copago** o **coseguro** más caro.
- Planes de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)—Un plan que combina un plan de deducible alto con una cuenta bancaria. Medicare deposita dinero en la cuenta (generalmente menos que la cantidad del deducible) y usted lo usa para pagar por los servicios médicos que recibe durante el año. Si desea más información sobre los planes MSA, visite www.medicare.gov/publications para ver la publicación “Su Guía sobre los Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si pueden enviarle una copia. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.



Antes de inscribirse, asegúrese de que comprende cómo trabaja el plan. Si desea más información sobre los tipos de planes Medicare Advantage, consulte las páginas 76–77. También puede llamar a cualquiera de los planes y solicitar el Resumen de Beneficios (SB). Si necesita ayuda para comparar planes, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 137–140.



Más sobre los planes Medicare Advantage

Información importante

- Tal como en el Medicare Original, usted sigue teniendo los derechos y protecciones de Medicare, incluido el derecho de apelar. Vea las páginas 107-109.
- Antes de recibir un servicio hable con el plan para averiguar si el servicio está cubierto y cuánto tendrá que pagar.
- Usted debe cumplir las normas del plan, como por ejemplo, obtener una orden escrita de su médico (**referido**) para atenderse con un especialista para evitar costos más elevados. El especialista también tiene que estar en la red del plan. Hable con su plan.
- Si se atiende con un médico o proveedor o en una clínica que no pertenece a la red del plan, puede que no cubra sus servicios o que le cuesten más caros. En la mayoría de los casos esto se aplica a los planes Medicare Advantage HMO o PPO.
- Si se participa en un estudio clínico, su plan cubrirá algunos costos. Para más información comuníquese con su plan.
- Los planes Medicare Advantage no puede cobrarle más que el Medicare Original por ciertos servicios como la quimioterapia, diálisis y el cuidado en un **centro de enfermería especializada**.
- Los planes Medicare Advantage tienen un límite cada año para lo que usted paga por los servicios cubiertos por las Partes A y B durante el año. Este máximo anual de gastos de su bolsillo puede variar entre los planes Medicare Advantage. Cuando esté escogiendo un plan tenga en cuenta este factor.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

La inscripción y cancelación

- Usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage aun si tiene un problema de salud preexistente, excepto si padece de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD). Vea la página 74.
- Usted sólo puede inscribirse o retirarse de un plan durante ciertos períodos del año. Vea las páginas 78–79.
- Cada año los planes MA puede abandonar al programa Medicare o cambiar los servicios que cubren y lo que le cobran a usted. Si el plan deja de participar en el programa Medicare, tendrá que inscribirse en otro **plan de salud de Medicare** o regresar al Medicare Original. Vea las páginas 106–107.



Más sobre los planes Medicare Advantage (continuación)

Cobertura de medicamentos recetados

- Generalmente obtendrá la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) a través del plan. Algunos planes no ofrecen la cobertura de medicamentos en cuyo caso, usted podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. **Si está inscrito en un plan Medicare Advantage que incluye la cobertura de las recetas médicas 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 tener la cobertura de las recetas médicas del plan Medicare Advantage y de un plan Medicare de Medicamentos Recetados.

¿Quién puede inscribirse?

En general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage si:

- Tiene la Parte A y B de Medicare.
- Vive en el [área de servicio](#) del plan.
- No padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD), excepto en las situaciones explicadas en la página 74.

Aviso: En la mayoría de los casos usted sólo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage en ciertos períodos del año. Vea las páginas 78–79.

Si tiene otra cobertura

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. Recuerde que si esto ocurre, también su cónyuge y dependiente pueden perder la 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 cancela su cobertura de empleador o sindicato tal vez no pueda recuperarla.**

Si tiene una póliza Medigap

Usted no necesita (ni le pueden vender) una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) mientras esté inscrito en un plan Medicare Advantage. Si tiene una póliza Medigap y se inscribe en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), tal vez le convenga cancelar su póliza Medigap. Usted no podrá usarla para pagar por cualquier gasto del plan Medicare Advantage ([copagos](#), [deducibles](#), [primas](#)). Si cancela su póliza Medigap en la mayoría de los casos no podrá recuperarla. Vea las páginas 66–69.



Si padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD)

Si padece de ESRD sólo podrá inscribirse en un plan Medicare Advantage en estas circunstancias:

- Si ya estaba inscrito en un plan Medicare Advantage cuando le diagnostican ESRD, puede quedarse o en ciertos casos, puede inscribirse en otro plan ofrecido por la misma compañía.
- Si está inscrito en un plan de salud grupal de un empleador o sindicato o en otro seguro médico 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, podrá inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales (SNP) para los beneficiarios con ESRD, si hubiese uno disponible en su zona.

Sus derechos si su plan deja de participar en el programa Medicare

Si padece de ESRD y está inscrito en un plan Medicare Advantage y el mismo abandona el programa Medicare o ya no brinda servicios en su área, usted tiene el derecho por única 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 única vez el derecho a inscribirse en un plan Medicare Advantage más tarde.

¿Tiene usted quejas o preguntas sobre los servicios de diálisis renal?

Para preguntas o quejas sobre los servicios de diálisis renal, llame a la Red de ESRD. Las redes de ESRD ayudan a los beneficiarios de Medicare que padecen de ESRD, a obtener la atención correcta en el momento justo. Las redes controlan y mejoran la atención brindada a los pacientes de Medicare y resuelven las quejas de dichos pacientes. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la red de ESRD de su zona. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

Si desea más información

Para más información visite www.medicare.gov/publications y consulte la publicación “La Cobertura Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE para averiguar si pueden enviarle una copia.

Aviso: Si padece de ESRD y está inscrito en el Medicare Original, puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.



Lo que usted paga

Los gastos directos de su bolsillo en un plan Medicare Advantage dependerán de:

- Si el plan le cobra una **prima** mensual.
- Si el plan paga alguna parte de la prima mensual de la Parte B.
- Si el plan cobra un **deducible** anual o cualquier deducible adicional.
- Cuánto le corresponde pagar a usted por cada visita o servicio (**copago** o **coseguro**).
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si se atiende con un médico o proveedor que acepta la **asignación** (si usted está inscrito en un Plan de Organización de Proveedor Preferido, Plan Privado de Pago por Servicio, o Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare y usa los servicios fuera de la red del plan). Vea la página 62 si desea más información sobre la asignación.
- Si cumple las normas del plan, por ejemplo si usa proveedores de la red del plan.
- Si usted necesita cobertura adicional y cuánto cobra el plan por dicha cobertura.
- Si el plan tiene un límite anual para el gasto directo de su bolsillo para todos los servicios médicos.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado.

Para obtener más información sobre los costos de un plan Medicare Advantage específico, visite www.medicare.gov/find-a-plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Si está inscrito en un **plan de Medicare**, fíjese en la Evidencia de Cobertura (EOC) y en el Aviso Anual de Cambio (ANOC) que le envía su plan cada otoño. La EOC le brinda detalles sobre lo que cubre el plan, cuánto tiene que pagar usted y más. El ANOC incluye los cambios en la cobertura, costos o **área de servicio** que entrarán en vigencia en el mes de enero. Si no recibe la EOC o el ANOC, comuníquese con su plan.



¿Cómo funcionan los planes Medicare Advantage?

	Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)	Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)
¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?	No. Por lo general debe recibirlos de médicos y hospitales de la red del plan (excepto en emergencias, atención urgente o diálisis si usted está fuera del área). En algunos planes, tal vez pueda obtener ciertos servicios fuera de la red por un costo más elevado. Se le conoce como HMO con opción de punto de servicio.	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.
¿Cubre los medicamentos recetados?	En la mayoría de los casos los cubre. Pregúntele al plan. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un HMO que la ofrezca.	En la mayoría de los casos los cubre. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un PPO que la ofrezca.
¿Debo escoger un médico de cuidado primario?	En la mayoría de los casos debe hacerlo.	No.
¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?	Sí, en la mayoría de los casos. Ciertos servicios como las mamografías anuales no lo necesitan.	En la mayoría de los casos no.
¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de 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, tendrá que pagar el total del servicio. ▪ Es importante que cumpla las normas del plan, como obtener una aprobación previa cuando se la requieran. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay dos tipos de PPO: Los PPO regionales y los locales. ▪ Su plan le notificará si su médico o proveedor de salud abandona el plan. Usted puede elegir a otro médico en el plan. ▪ Si recibe servicios médicos fuera de la red del plan, puede que tenga que pagar el costo total.

Los planes Medicare Advantage pueden variar y ser ofrecidos por varias compañías en su área. Cada plan puede ser distinto. 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. Visite www.medicare.gov/find-a-plan, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para encontrar planes disponibles en su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



¿Cómo funcionan los planes Medicare Advantage? (continuación)

Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS)	Planes para Necesidades Especiales (SNP)
<p>Sí, en la mayoría de los casos. Usted puede atenderse con cualquier médico o en cualquier hospital que acepte tratarlo y acepte el pago del plan. No todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red de proveedores, puede atenderse con un proveedor que no pertenezca a la red y que acepte tratar a los miembros del plan.</p>	<p>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 área).</p>
<p>A veces. Si el PFFS no ofrece esta cobertura tendrá que inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.</p>	<p>Sí. Todos los SNP deben ofrecer la cobertura de recetas médicas (Parte D).</p>
<p>No.</p>	<p>Generalmente sí.</p>
<p>No.</p>	<p>Sí, en la mayoría de los casos. Pero no lo necesita para servicios como las mamografías anuales.</p>
<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 corresponde pagar por los servicios. ▪ Algunos PFFS tienen un contrato con proveedores de la red que aceptan tratarlo siempre, inclusive si no lo han visto antes. ▪ Los médicos, hospitales y proveedores que no pertenecen a la red, pueden decidir en cada caso, si lo tratan o no, aun si usted ya era paciente de ellos. ▪ Antes de atenderse, asegúrese de buscar un médico, hospital y otros proveedores que acepten atenderlo y que acepten los términos de pago del plan PFFS. ▪ En una emergencia, los proveedores y hospitales deben atenderlo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los SNP limitan a sus miembros a: 1) personas que viven en ciertos centros (como asilos de ancianos) o requieren ese tipo de cuidado en sus hogares, o 2) son elegibles para Medicare y Medicaid, o 3) padecen de uno o más problemas de salud crónicos o que los incapaciten (como diabetes, insuficiencia cardíaca, problemas mentales, o VIH/SIDA). Los planes pueden limitar a los miembros que aceptan aun más. Usted puede unirse a un SNP en cualquier momento. ▪ 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.



La inscripción, cambio y cancelación de un plan Medicare Advantage

- Cuando sea elegible para Medicare por primera vez, durante el período de 7 meses que comienza 3 meses antes a 3 meses después de cumplir 65 años y el mes en que los cumple.
- Si obtiene Medicare debido a una incapacidad, puede inscribirse tres meses antes a tres después del mes número 25 de sus beneficios por incapacidad.



- **NUEVO**—Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, cualquier persona puede inscribirse, cancelar o cambiarse de plan MA. Este período de inscripción ha cambiado para darle más tiempo para elegir e inscribirse en un plan. Su cobertura comenzará el 1 de enero, siempre y cuando el plan reciba la solicitud para el 7 de diciembre.

Cambios a su cobertura después del 7 de diciembre

Entre el 1 de enero y el 14 de febrero, usted puede cancelar o cambiar su plan Medicare Advantage y regresar al Medicare Original. Si regresa al Medicare Original durante este período, tendrá hasta el 14 de febrero para inscribirse también en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para agregar dicha cobertura. La cobertura comenzará el primer día del mes en que el plan recibe su solicitud.

Durante este período, usted **no** puede:

- Cambiar del Medicare Original a un plan Medicare Advantage.
- Cambiar de un plan Medicare Advantage a otro.
- Cambiar de un Plan Medicare de Medicamentos Recetados a otro.
- Inscribirse, cambiar o cancelar un Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos.



La inscripción, cambio y cancelación de un plan Medicare Advantage (continuación)

Períodos Especiales de Inscripción

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 su plan Medicare Advantage durante un período de inscripción especial. Algunas de estas situaciones incluyen:

- Si se muda fuera del **área de servicio** del plan.
- Usted tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir **Ayuda Adicional** para pagar por su cobertura de recetas médicas. Vea las páginas 98–101.
- Si vive en una **institución** (como un asilo para ancianos).



NUEVO: Período especial de inscripción en un plan de 5 estrellas

Medicare usa información procedente de las encuestas de satisfacción de sus miembros, de los planes y de los proveedores, para calificar el desempeño de los planes. El plan puede obtener una calificación que va de una a cinco estrellas. Un plan de 5 estrellas se considera excelente. Estas calificaciones le permiten comparar los planes basándose en la calidad de los servicios y el desempeño.

A partir del 8 de diciembre de 2011, usted puede cambiarse a un plan Medicare Advantage de 5 estrellas en cualquier momento del año.

- La calificación general para cada plan está disponible en www.medicare.gov/find-a-plan.
- Usted solo puede inscribirse en un plan MA de 5 estrellas si hubiera uno disponible en su zona.
- Solo puede usar este período especial de inscripción para cambiarse a un plan de 5 estrellas una vez al año.
- Usted no puede usar este período para inscribirse en un Plan de Costo de Medicare. Vea la página 82.

Visite el localizador de planes en www.medicare.gov/find-a-plan para buscar planes. Para más información sobre las calificaciones de los planes, visite www.medicare.gov/publications y revise la hoja informativa titulada “Use la información de Medicare sobre calidad para comparar los planes”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

Aviso: Usted podría perder su cobertura de recetas médicas si se cambia de un plan MA que la ofrece a uno que no ofrece dicha cobertura. En ese caso tendrá que esperar hasta el próximo período abierto de inscripción para obtener la cobertura de los medicamentos recetados y tal vez tenga que pagar la multa por inscripción tardía. Vea la página 90.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



¿Cómo me inscribo?

Si decide inscribirse en un plan Medicare Advantage, puede hacerlo:

- En el sitio Web del plan o en www.medicare.gov.
- Llenando una solicitud impresa.
- Llamando al plan.
- Llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cuando se inscriba tendrá que dar su número de Medicare y la fecha en que se inició la cobertura de la Parte A y/o B. Esta información está en su tarjeta de Medicare.



Los planes Medicare Advantage no están autorizados a llamarlo para que se inscriba en el plan. Además, los planes nunca deben solicitarle por teléfono su información financiera, como su número de tarjeta de crédito o cuenta bancaria. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para denunciar a cualquier plan que haga esto. No le proporcione su información personal a ninguna persona que lo llame para inscribirlo en un plan.



¿Cómo cambio de plan?

Si ya está inscrito en un plan Medicare Advantage y quiere cambiar de plan siga estos pasos:

- Para cambiarse a un plan Medicare Advantage nuevo, simplemente inscríbese en el plan que ha escogido durante los períodos de inscripción mencionados en las páginas 78–79. Cuando comience la cobertura del nuevo plan, le darán de baja automáticamente de su viejo plan.
- Para cambiarse al Medicare Original, comuníquese con su plan actual o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. A menos que tenga otra cobertura de medicamentos, también tendrá que decidir si quiere la cobertura de los medicamentos recetados (Parte D) y si quiere comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare). Vea las páginas 66–69 para más información sobre la compra de una póliza Medigap.

Si desea más información sobre la inscripción, cambio o cancelación de los planes, visite www.medicare.gov/publications y lea la hoja informativa titulada “Entienda los períodos de inscripción de Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le manden una copia por correo.



Nadie puede llamarlo o presentarse en su casa sin haber sido invitado para venderle productos relacionados con Medicare. Vea las páginas 116–119 para más información sobre cómo protegerse del fraude y del robo de identidad. Si cree que el plan le ha dado información confusa o engañosa llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Otros planes de salud de Medicare

Algunos tipos de [planes de salud de Medicare](#) que proveen cobertura médica no son planes Medicare Advantage pero siguen siendo parte del programa Medicare. Algunos planes ofrecen la cobertura de las Partes A (seguro de hospital) y B (seguro médico) mientras algunos solo ofrecen la cobertura de la Parte B. Además, algunos también ofrecen la Parte D (cobertura Medicare 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, si quiere información detallada debe comunicarse con el plan que le interesa.

Planes Medicare de Costo

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

- Puede inscribirse aun si sólo tiene la Parte B.
 - Si tiene las Partes A y B y se atiende con un proveedor que no pertenece a la red del plan, el servicio estará cubierto por el Medicare Original. Usted tendrá que pagar el [coseguro](#) y [deducibles](#).
 - Puede inscribirse en cualquier momento mientras el plan esté aceptando nuevos miembros.
 - Puede cancelar este plan en cualquier momento y regresar al Medicare Original.
 - Puede obtener la cobertura de sus recetas médicas del plan (si la ofrece) o inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para añadir esta cobertura.
- Aviso:** usted puede agregar o cancelar su cobertura de medicamentos recetados solamente en ciertos momentos. Vea la página 85.

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

Si desea más información sobre los Planes Medicare de Costo, llame al plan. También puede consultar www.medicare.gov, o llamar a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Vea las páginas 137–140 para obtener el número de teléfono.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Otros planes de salud de Medicare (continuación)

Programas Piloto

Los programas piloto, a veces conocidos como “estudios de investigación”, son proyectos especiales para probar y medir el efecto de posibles cambios 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 y por un 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Agente”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE es un programa de Medicare y Medicaid ofrecido en muchos estados, para que las personas que de otro modo necesitarían el nivel de cuidado que reciben en un asilo para ancianos, permanezcan en sus comunidades.

Para ser elegible para PACE, usted debe:

- Tener 55 años o más.
- Vivir en el **área de servicio** de la organización PACE.
- Debe tener una certificación de su estado indicando que necesita el nivel de cuidado que se ofrece en un asilo para ancianos.
- Al momento de inscribirse usted debe estar en condiciones de vivir en su comunidad de manera segura con la ayuda de los servicios de PACE.

PACE cubre los medicamentos recetados, las visitas médicas, el transporte, cuidado en el hogar, controles, visitas al hospital y estadías en un asilo para ancianos cuando fuese necesario. Si tiene Medicaid no tendrá que pagar una **prima** mensual por la parte del beneficio de PACE del **cuidado a largo plazo**. Si tiene Medicare pero no tiene Medicaid, se le cobrará una prima mensual para cubrir la parte correspondiente a PACE del cuidado a largo plazo y una prima por los medicamentos de la Parte D. Sin embargo, en PACE usted no paga ni un **deducible** ni **copago** por los servicios o medicamentos aprobados por el equipo de médicos de PACE.

Llame a su Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible y si hay un programa PACE cerca de su domicilio, o visite www.pace4you.org. También puede visitar www.medicare.gov/publications para ver la hoja informativa “Resumen sobre los Programas PACE”. Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le manden una copia.



La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)

La cobertura de las recetas médicas (Parte D) está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Aun si usted ahora no necesita muchas medicinas, es importante que se inscriba en uno de estos planes. Si decide no inscribirse en un plan de la Parte D cuando es elegible por primera vez y no tiene otra [cobertura válida de medicamentos](#), o si no recibe la [Ayuda Adicional](#), le podrán cobrar una multa por inscripción tardía si decide inscribirse más tarde. Vea las páginas 90–91. Para conseguir esta cobertura debe inscribirse en uno de estos planes ofrecidos por 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.



Hay dos maneras de obtener la cobertura de los medicamentos recetados:

1. **Inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.** A veces conocido como “PDP” que añade esta cobertura al Medicare Original, a ciertos Planes Medicare de Costo, 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 las recetas médicas.** Usted recibirá todos los beneficios de Medicare (Partes A y B) y la cobertura de medicamentos (Parte D) a través del plan. A veces a los planes Medicare Advantage con cobertura de las recetas médicas se les conoce como “MA-PD”. Para inscribirse en un plan MA usted tiene que tener las Partes A y B de Medicare.

En cualquiera de los dos casos usted tiene que vivir en el [área de servicio del plan de medicamentos en el que quiere inscribirse](#). En este manual a los dos tipos de planes se les conoce como “planes Medicare de medicamentos recetados”.



Si tiene cobertura de su empleador o sindicato, llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio o de inscribirse en 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). Tenga en cuenta que si deja su cobertura, puede que también esté cancelando la de su cónyuge y dependientes. Si desea saber cómo funciona la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados con otra cobertura de recetas médicas que usted pudiera tener, consulte las páginas 95–96.



Inscripción, cambio o cancelación de un Plan Medicare de Medicamentos Recetados

- Cuando es elegible para Medicare por primera vez en el período de 7 meses que incluye 3 meses antes a 3 meses después de cumplir 65 años y el mes en que cumple los 65 años.
- Si tiene Medicare por una incapacidad, puede inscribirse 3 meses antes o hasta 3 meses después del mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. Usted tendrá otra oportunidad para inscribirse 3 meses antes o hasta 3 meses después de cumplir 65 años.
- **Nuevo—Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, cualquier persona puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare de medicamentos recetados.** Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente, siempre que el plan reciba su solicitud para el 7 de diciembre.
- En cualquier momento si es elegible para recibir **Ayuda Adicional**.



En la mayoría de los casos, deberá permanecer inscrito por un año. Sin embargo, en ciertas situaciones, usted podrá inscribirse, cambiar o cancelar su plan de medicamentos en otro momento. Por ejemplo:

- Si se muda fuera del **área de servicio** del plan
- Si pierde su otra **cobertura válida de medicamentos**
- Si vive en una **institución** (centro de cuidado a largo plazo como un asilo para ancianos)

Para más información, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Vea las páginas 137–140 para obtener el número de teléfono. También puede obtenerlo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si usted tiene ingresos y recursos limitados podría ser elegible para obtener Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas. También podría obtener ayuda de su estado. Vea las páginas 98–104.



NUEVO—Período especial de inscripción en un plan de 5 estrellas

A partir del 8 de diciembre de 2011 usted puede cambiarse a un plan de medicamentos de 5 estrellas en **cualquier momento del año**. Las calificaciones de los planes están disponibles en www.medicare.gov/find-a-plan. Vea la página 79 si desea más información.

- Solo puede cambiar a un plan de medicamentos recetados de 5 estrellas si hay uno disponible en su zona.
- Solamente puede usar este período para cambiarse a un plan de 5 estrellas una vez al año.

Visite el localizador de planes Medicare en www.medicare.gov/find-a-plan para buscar planes. Para más información sobre las calificaciones de los planes, visite www.medicare.gov/publications y revise la hoja informativa titulada “Use la información de Medicare sobre calidad para comparar los planes”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



¿Cómo me inscribo?

Una vez que haya escogido un plan de medicamentos recetados puede inscribirse:

- En el sitio Web del plan o en www.medicare.gov.
- Llenando una solicitud impresa.
- Llamando al plan.
- Llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cuando se inscriba tendrá que dar su número de Medicare y la fecha en que se inició la cobertura de la Parte A y/o B. Encontrará esta información en su tarjeta de Medicare.

Aviso: Los planes de recetas médicas no están autorizados a llamarlo para que se inscriba. Llame al 1-800-MEDICARE para denunciar al plan si lo hace. No le de su información personal a ninguna persona que lo llame para inscribirlo en un plan.



¿Cómo hago para cambiar mi plan de medicamentos?

Usted puede cambiarse a un nuevo plan Medicare de Medicamentos Recetados simplemente inscribiéndose en otro plan durante uno de los períodos mencionados en la página 85. **Usted no tiene que cancelar su antiguo plan ni enviarles un aviso.** Su cobertura será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su nuevo plan le enviará una carta avisándole la fecha de inicio de su cobertura.

¿Cómo puedo cancelar mi plan de medicamentos?

Si desea cancelar su plan Medicare de medicamentos recetados y no quiere inscribirse en un plan nuevo, puede hacerlo durante uno de los períodos mencionados en la página 85. Puede cancelarlo llamando al 1-800-MEDICARE. También puede mandar una carta al plan informándoles que quiere cancelarlo. Si lo cancela y quiere inscribirse en otro plan más adelante, tendrá que esperar al próximo período de inscripción. Tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía. Vea las páginas 90–91.



Si su plan Medicare Advantage incluye la cobertura de las recetas médicas y usted se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, se le cancelará su plan Medicare Advantage y regresará al Medicare Original.

Para más información sobre la inscripción, cambio o cancelación de su plan, lea la hoja informativa titulada “Comprenda los períodos de inscripción de Medicare” en www.medicare.gov/publications. También puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le envíen una copia.



Lo que usted paga

Abajo y en la próxima página se mencionan las cantidades que usted le paga a su plan de medicamentos recetados. **Su costo real variará** según:

- Los medicamentos que necesite y si están en el **formulario** del plan (lista de medicamentos)
- El plan que escoja
- Si usa una farmacia de la red del plan
- Si usted recibe **Ayuda Adicional** para pagar los costos de la Parte D

Prima mensual

La mayoría de los planes de medicamentos cobran una prima mensual que varia con cada plan. Usted paga esta cantidad además de la prima de la Parte B. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o en un Plan Medicare de Costo con cobertura de las recetas médicas, la prima mensual incluye la cobertura de los medicamentos recetados.

Nota: Comuníquese con su plan (no con el Seguro Social) si desea que le deduzcan la prima de su cheque del Seguro Social. Si no quiere que le deduzcan la prima, pídale al plan que le envíe la factura directamente.

La prima mensual que paga por la Parte D podría aumentar basándose en sus ingresos. Esto incluye la cobertura de la Parte D que recibe de su Plan Medicare de Medicamentos Recetados, o de un plan Medicare Advantage, de un Plan Medicare de Costo o de su plan Medicare Advantage del empleador que incluya la cobertura de las recetas médicas. Si su ingreso está por encima de cierta cantidad, usted pagará una prima más cara. Generalmente esa cantidad adicional se deducirá de su cheque del Seguro Social. Si tiene que pagar una cantidad adicional y está en desacuerdo (por ejemplo si pasó algo que haya disminuido su ingreso), llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-325-0778. Si desea información visite www.socialsecurity.gov.



Si su ingreso anual en el 2010 fue		Usted paga
Declaración de impuestos individual	Declaración de impuestos conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	La prima del plan
\$85,000–\$107,000	\$170,000–\$214,000	\$11.60 + la prima mensual del plan
\$107,000–\$160,000	\$214,000–\$320,000	\$29.90 + la prima mensual del plan
\$160,000–\$214,000	\$320,000–\$428,000	\$48.10 + la prima mensual del plan
Más de \$214,000	Más de \$428,000	\$66.40 + la prima mensual del plan

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Lo que usted paga (continuación)

Deducible anual

La cantidad que usted paga antes de que su plan de medicamentos comience a pagar la parte que le corresponde de los medicamentos cubiertos. Algunos planes no cobran un deducible.

Copago o Coseguro

La cantidad que usted paga a la farmacia por los medicamentos cubiertos después de pagar el deducible (si el plan cobra un deducible). Usted paga su parte y el plan paga la suya.

Interrupción en la cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos tiene una interrupción en la cobertura (conocida como “donut hole”). O sea que hay un límite temporal para lo que puede cubrir el plan. La interrupción comenzará cuando usted y su plan hayan gastado una cierta cantidad en los medicamentos cubiertos. Cuando esto ocurra le otorgarán un descuento de 50% para los medicamentos de marca cubiertos y tendrá que pagar el 86% del precio del plan para los genéricos cubiertos hasta el final de la interrupción en la cobertura. No todas las personas llegarán a la interrupción en la cobertura. Los gastos que cuentan para salir de la interrupción son:

- Su deducible anual, el coseguro o los copagos
- El descuento que le otorgan para los medicamentos de marca durante la interrupción
- Lo que usted paga durante la interrupción en la cobertura

El límite no incluye la prima del plan ni lo que paga por los medicamentos que **no** están cubiertos.

Algunos planes ofrecen cobertura durante la interrupción, por ejemplo para los medicamentos genéricos, pero pueden cobrarle una prima más elevada. Pregúntele al plan si pagará por sus medicamentos durante la interrupción en la cobertura.

Además del descuento del 50% para los medicamentos de marca, los descuentos seguirán aumentando cada año hasta el cierre de la interrupción de cobertura en el 2020. Si desea más información visite www.medicare.gov/publications y consulte la hoja informativa “Eliminación de la interrupción en la cobertura—Los medicamentos recetados en Medicare ahora son más accesibles”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedirles que le manden una copia. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Cobertura catastrófica

Una vez que llegue al límite anual de gastos de su bolsillo, usted recibirá automáticamente la “cobertura catastrófica”. Esta cobertura le garantiza que después de que usted haya llegado al límite de los gastos de su bolsillo según lo estipulado por el plan, solamente pagará un coseguro o copago pequeño por sus medicamentos por el resto del año.

Nota: Si recibe Ayuda Adicional, algunos de estos costos no se aplicarán. Vea la página 98.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Lo que usted paga (continuación)

El ejemplo abajo muestra los costos de los medicamentos cubiertos en el 2012 para un plan que tiene una interrupción en la cobertura.

El Sr. Pinto se inscribe en el plan Medicare de medicamentos recetados ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2012.

El Sr. Pinto no recibe **Ayuda Adicional** y usa la tarjeta de su plan de medicamentos para comprar sus medicinas.

Prima mensual—El Sr. Pinto paga una prima mensual durante el año.			
1. Deducible anual	2. Copago o coseguro (lo que paga en la farmacia)	3. Interrupción en la cobertura	4. Cobertura catastrófica
El Sr. Pinto paga los primeros \$320 del costo de sus medicinas antes de que el plan comience a pagar su parte.	El Sr. Pinto abona un copago , y el plan paga su parte de cada medicamento cubierto hasta que la cantidad combinada (más el deducible) alcance a \$2,930.	Una vez que el Sr. Pinto y el plan hayan gastado \$2,930 en los medicamentos cubiertos, comenzará la interrupción en la cobertura. En el 2012 se le otorgará un descuento del 50% para los medicamentos de marca cubiertos y pagará el 86% del precio del plan para los medicamentos genéricos cubiertos.	Una vez que el Sr. Pinto haya gastado \$4,700 de su bolsillo, terminará la interrupción en su cobertura. El descuento que le otorgaron del 50%, cuenta para el gasto de su bolsillo y le ayuda para salir de la interrupción en la cobertura. Ahora solamente tendrá que pagar un pequeño copago o coseguro por cada medicamento hasta el final del año.



Llame al plan que le interesa para obtener detalles. También puede visitar www.medicare.gov/find-a-plan, o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y comparar los costos de los planes de su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda para compararlos, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 137–140.



¿Qué es la penalidad por inscripción tardía en la Parte D?

La multa por inscripción tardía es la cantidad que se agrega a la **prima** que paga por la Parte D. Tendrá que pagar esta penalidad si en cualquier momento después de que termine su período inicial de inscripción, transcurre un lapso de tiempo de 63 días seguidos durante el cual usted no tuvo una **cobertura válida de medicamentos** ni la Parte D.

Aviso: Si recibe la **Ayuda Adicional**, no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

Cómo evitar el pago de la penalidad:

- **Inscríbase en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados cuando sea elegible por primera vez.** No tendrá que pagar la penalidad aun si nunca antes tuvo una cobertura de medicamentos.
- **No pase más de 63 días seguidos sin esta cobertura u otra cobertura válida de medicamentos.** La cobertura válida de medicamentos puede incluir la que usted tiene a través de su empleador o sindicato, TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos, del Servicio Médico para Indígenas o de otro seguro médico. El plan le avisará cada año si la cobertura que tiene es válida a través de una carta o incluida en el boletín del plan. Guarde esta información, tal vez la necesite cuando decida inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas.
- **Avísele a su plan de recetas médicas de Medicare si tiene otra cobertura de medicamentos.** Cuando se inscribe en un plan y ellos piensan que usted pasó 63 días corridos sin cobertura válida de medicamentos, le enviarán una carta. La misma incluirá un formulario donde le preguntan si tiene cobertura válida de medicamentos. Si no le informa al plan sobre su cobertura válida, puede que tenga que pagar una penalidad.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.





¿Cuánto más tendré que pagar?

El costo de la multa dependerá del período de tiempo durante el cual estuvo sin **cobertura válida de medicamentos**. En la actualidad, la cantidad se calcula multiplicando el 1% de la “prima básica nacional” (\$31.08 en el 2012) por el número de meses sin cobertura en los que fue elegible para inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados y no lo hizo, ni tuvo otra cobertura válida de medicamentos. La cantidad final se redondea al punto decimal próximo y se agrega a su prima mensual. Dado que la “prima básica nacional del beneficiario” (prima promedio nacional) puede aumentar cada año, la multa también puede aumentar cada año. Usted tal vez tenga que pagarla durante todo el tiempo en que tenga la cobertura del plan de medicamentos.

Ejemplo: La Sra. Baez no se inscribió cuando fue elegible por primera vez—para el 15 de mayo de 2008. Se inscribió en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados con su cobertura vigente a partir del 1 de enero de 2012. Como la Sra. Baez no se inscribió cuando fue elegible por primera vez y estuvo 43 meses sin otra cobertura válida de medicamentos (de junio de 2008 a diciembre de 2011), se le cobrará una multa mensual de \$13.36 en el 2012 ($\$31.08 \times 0.01 = \$0.3108 \times 43 = \13.36) además de la prima mensual del plan.

Cuando se inscriba en el plan de medicamentos, le dirán si tiene que pagar la multa y a cuánto ascenderá su prima.

Si está en desacuerdo con la cantidad de la penalidad

Si no está de acuerdo con la cantidad de la penalidad puede pedirle a Medicare una revisión o reconsideración. Tendrá que llenar un formulario (que le mandará el plan), y tendrá la oportunidad de mandarles pruebas para demostrar su caso, como por ejemplo información sobre su cobertura válida de medicamentos anterior. Si necesita ayuda, hable con su **plan de Medicare**. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 137–140.



Normas importantes de la cobertura de las recetas médicas

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

Si necesita comprar un medicamento antes de que llegue su tarjeta

Usted tiene que haber recibido un paquete de bienvenida con su tarjeta, aproximadamente a las 5 semanas de que el plan reciba su solicitud.

Si tiene que ir a la farmacia antes de que llegue su tarjeta, usted puede llevar:

- Una carta del plan que incluya su información de miembro. Usted recibirá esta carta aproximadamente 2 semanas después de que el plan reciba su solicitud.
- El número de confirmación que recibió de su plan y el nombre y número de teléfono del plan.
- También puede llevar una tarjeta temporal que puede imprimir de MiMedicare.gov, visite este sitio Web o consulte la página 130 si desea más información.



Si no tiene ninguno de los comprobantes mencionados, el farmacéutico puede obtener la información de su plan si usted le da su número de Medicare o los 4 últimos dígitos de su número de Seguro Social. Si 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 es elegible para la [Ayuda Adicional](#), consulte las páginas 98–101 para averiguar qué puede usar como prueba de que le dieron la Ayuda Adicional.



Aviso: Cada mes que llene una receta, su plan le enviará una Explicación de Beneficios de Medicamentos (EOB por su sigla en inglés) por correo. Este aviso le da un resumen de sus reclamos de medicamentos y sus costos. Revise su cuenta por si hay errores. Llame a su plan si tiene preguntas o encuentra errores. Si usted sospecha de un fraude, llame al Contratista para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). Consulte la página 116 para obtener más información sobre MEDIC.



Normas importantes de la cobertura de las recetas médicas (continuación)

¿Qué cubren los planes de medicamentos?

La información sobre la lista de medicamentos cubiertos ([formulario](#)) no se incluye en esta publicación porque cada plan tiene su propio formulario. Muchos planes Medicare de medicamentos recetados clasifican sus medicamentos por “Niveles” o “Categorías”. Las medicinas en cada nivel tienen costos distintos. Por ejemplo, un medicamento de un nivel más bajo por lo general le costará menos que uno de un nivel más alto. En algunos casos, si el medicamento que usted necesita está en un nivel alto y su médico (u otro proveedor de la salud autorizado para recetar) piensa que usted necesita dicho medicamento en vez de uno similar pero de un nivel más bajo, puede solicitar una excepción y pedirle al plan que le cobre un [copago](#) menor.

Comuníquese con el plan para averiguar sobre el formulario, o visite el sitio Web del plan. Visite www.medicare.gov/find-a-plan, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de los planes de su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Su plan le notificará de cualquier cambio en el formulario.

Nota: Los planes Medicare de medicamentos recetados deben cubrir todas las vacunas comercialmente disponibles (como la del herpes zoster) cuando sean [necesarias por motivos médicos](#) para prevenir una enfermedad, excepto las vacunas cubiertas por la Parte B.



Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados y tiene problemas de salud complejos, tal vez pueda participar en un programa de Control de la Terapia de Medicamentos (MTM por su sigla en inglés). Estos programas le ayudan a usted y a su médico a asegurarse de que sus medicamentos estén dando los resultados esperados. Los programas MTM incluyen charlas gratuitas y una revisión de todos los medicamentos que toma realizadas por un farmacéutico u otro profesional de la salud, para ayudarle a usarlos de manera segura. A usted le darán un resumen de esta charla para ayudarle a obtener el mejor resultado del uso del medicamento. Usted puede llevar el resumen a la cita con su médico. Si usted toma muchos medicamentos para tratar más de un problema de salud crónico, hable con su plan para averiguar si es elegible para dicho programa.



Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Normas importantes de la cobertura de las recetas médicas (continuación)

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

- **Autorización previa**—Usted o la persona que le receta el medicamento debe comunicarse con el plan antes de comprar el medicamento. Su médico tal vez tenga que demostrarle al plan que el medicamento es **necesario por motivos médicos** para que el plan lo cubra.
- **Límite de cantidad**—Esto se refiere a la cantidad de píldoras que puede obtener cada vez.
- **Terapia en etapas/pasos**—Significa que antes de 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 o usted piensan que deberían eximirlo de alguna de estas normas, puede solicitar una excepción. Vea las páginas 110–111.

En la mayoría de los casos, los medicamentos que recibe como paciente ambulatorio, por ejemplo en la sala de emergencia o mientras está en observación (a veces conocidos como “medicamentos de auto-administración” o aquellos que puede tomar por usted mismo), 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; o si recibe una cuenta por los medicamentos que recibió en el consultorio de su médico, llame al plan de medicamentos para obtener información. También puede visitar www.medicare.gov/publications para consultar la hoja informativa titulada “Cómo cubre Medicare los medicamentos de auto administración que recibe como servicios ambulatorios del hospital”. Si lo prefiere, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedirles que le manden una copia. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Otros seguros privados

Los cuadros de las dos próximas páginas le brindan información sobre cómo trabajan otros seguros o si se verán afectados por la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).

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 anterior, su empleador o sindicato le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es válida. **Guarde estas notificaciones.** Si desea más información llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio. **Aviso:** Si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, usted, su cónyuge o sus dependientes podrían perder la cobertura médica que tienen a través de un empleador o sindicato.

COBRA—Es una ley federal que podría permitirle que mantenga la cobertura médica 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. Tal y como se explica en las páginas 24–25, hay varios motivos por los que debería aceptar la Parte B en vez de o además de COBRA. Sin embargo, si acepta COBRA con [cobertura válida de medicamentos](#), 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 multa una vez que termine la cobertura de COBRA. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para averiguar si COBRA es una buena opción para usted. El número de teléfono aparece en las páginas 137–140.

Pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) con cobertura de recetas médicas—Tal vez le convenga más inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados porque la mayoría de la cobertura de las recetas médicas de las pólizas Medigap no es considerada cobertura válida de medicamentos, y si más tarde decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía. Vea las páginas 90–91. Las pólizas Medigap ya no pueden venderse con la cobertura de las recetas médicas. 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](#). Para 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. No envíe cartas o certificados de cobertura válida a Medicare.

Otros seguros del gobierno

Los tipos de seguros mencionados en esta página se consideran como **cobertura válida de medicamentos**. Si tiene alguno de estos seguros, en la mayoría de los casos, le convendrá quedarse con dicha cobertura.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

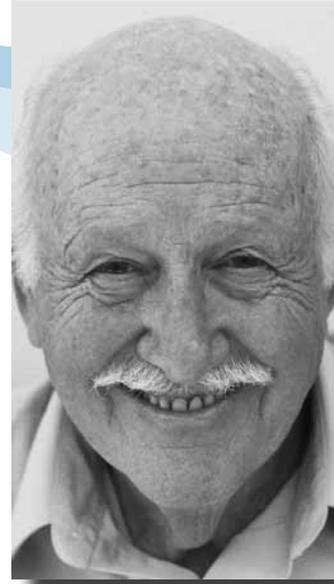
Seguro Médico para Empleados Federales (FEHBP por su sigla en inglés)—Cobertura de servicios médicos para los empleados y jubilados federales y sus familiares. Si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, puede quedarse con su plan de FEHBP y el plan le informará quién paga primero. 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 de TTY deben llamar al 1-800-878-5707. Si tiene preguntas 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 del Departamento de Asuntos para Veteranos (VA). Usted puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, pero si lo hace, no podrá usar ambos tipos de cobertura para la misma receta. Si desea más información llame a VA al 1-800-827-1000 o visite www.va.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-829-4833.

Beneficios para Militares (TRICARE)—Es un seguro médico para militares en servicio activo, militares jubilados y sus familias. **La mayoría de los beneficiarios de TRICARE que son elegibles para la Parte A, deben tener la Parte B para poder quedarse con la cobertura de recetas médicas de TRICARE.** Si tiene TRICARE, no tiene que inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Si lo hace, el plan de medicamentos de Medicare pagará primero y TRICARE será el pagador secundario. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece la cobertura de las recetas médicas, TRICARE y el plan Medicare Advantage coordinarán los beneficios si la farmacia de la red del plan también es una farmacia de la red de TRICARE. Si desea más información, comuníquese con el Programa Farmacéutico de TRICARE llamando al 1-877-363-1303, o visite www.tricare.mil/mybenefit. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-540-6261.

Servicios de Salud para Indígenas—Servicios médicos para los indio-americanos y nativos de Alaska. Muchas de estas clínicas participan en el programa de medicamentos recetados de Medicare. Si obtiene sus medicamentos de una farmacia de salud para indígenas, no tiene que pagar nada y su cobertura no tendrá interrupción. Si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados podría ayudar a su proveedor de servicios de salud para indígenas con los costos de los servicios, porque el plan pagaría una parte del precio de cada medicamento. Hable con su coordinador de beneficios médicos para indígenas para que le ayude a escoger un plan que responda a sus necesidades y le informe cómo funciona Medicare con su servicio de salud.

Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y de medicamentos



La Sección 4 incluye información sobre:

Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus medicamentos (Parte D)	98
Programas de Ahorros de Medicare (Ayuda con los costos de Medicare)	102
Medicaid	103
Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)	103
Programas de Ayuda Farmacéutica (para los pacientes)	103
Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE)	104
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	104
Programas para las personas que viven en los territorios de los Estados Unidos	104
Programa del Seguro Médico para los Niños	104



Guarde cualquier información que reciba de Medicare, el Seguro Social, su [plan Medicare](#), asegurador suplementario de Medicare o el seguro de su empleador o sindicato. Esta información puede incluir avisos de denegación o de otorgamiento, el Aviso Anual de Cambio, los avisos sobre la [cobertura válida de medicamentos](#) o los Resúmenes de Medicare. Tal vez necesite estos documentos para solicitar su participación en los programas de ayuda que mencionamos en esta sección. Guarde también una copia de todas las solicitudes que ha enviado.

Programas para personas con ingresos y recursos 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.



Ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D)

La **Ayuda Adicional**, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos (LIS), es un programa de Medicare para ayudarles a las personas de bajos ingresos y recursos a pagar por su cobertura de medicamentos.

Usted puede obtener este subsidio si su ingreso anual y sus recursos están por debajo de los límites establecidos para el 2011:

- Para una persona soltera—Ingresos por debajo de \$16,335 y recursos menores a \$12,640
- Para una persona casada que vive con su cónyuge y sin otros dependientes—Ingresos por debajo de \$22,065 y recursos menores a \$25,260

Estas cantidades pueden cambiar en el 2012. Usted podría ser elegible aun si su ingreso es mayor (por ejemplo si sigue trabajando, vive en Alaska o Hawai o tiene dependientes que viven con usted). Los recursos incluyen el dinero que tenga en una cuenta corriente o de ahorros, acciones, bonos, fondos mutuos de inversión y cuentas personales de jubilación (IRAs por sus siglas en inglés). 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 o seguros de vida.

Si es elegible para la Ayuda Adicional y se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, obtendrá:

- Ayuda para pagar la **prima** mensual del plan, el **deducible** anual y el **coseguro** y **copagos**
- No hay interrupción en la cobertura
- No tiene que pagar la penalidad por inscripción tardía

Usted **califica automáticamente** para recibir Ayuda Adicional si tiene Medicare y cumple estos requisitos:

- Tiene la cobertura completa de Medicaid
- Recibe ayuda de Medicaid para pagar las primas de la Parte B (en un Programa de Ahorros de Medicare)
- Recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) (continuación)

Para informarle que usted es elegible automáticamente para recibir [Ayuda Adicional](#), Medicare le enviará una carta en papel púrpura que usted debe guardar. Si recibió la carta no tendrá que solicitar la Ayuda Adicional. Si no está inscrito en un plan de Medicare para medicamentos recetados, tiene que inscribirse en uno para hacer uso de la Ayuda Adicional.

- Si aún no se inscribió en el plan, Medicare lo hará por usted para asegurarse que obtenga dicha cobertura. Si lo inscribe le enviará una carta en papel 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 necesita y si puede comprarlos en la farmacia que desea. Compárelo con otros planes de su zona.
- Si recibe Ayuda Adicional, puede cambiarse de plan en cualquier momento. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente.
- Si tiene Medicaid y vive en una [institución](#) (como un asilo para ancianos) o servicios en el hogar en la comunidad, no pagará por los medicamentos cubiertos por Medicare.

Si no desea inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados (porque por ejemplo solo desea la cobertura de su empleador o sindicato), llame al plan mencionado en la carta o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de [TTY](#) deberán llamar al 1-877-486-2048. Dígalos que no quiere inscribirse en un plan de medicamentos recetados (que usted “opta por no hacerlo”). Si aún es elegible para recibir Ayuda Adicional, o si la cobertura de su empleador o sindicato es [cobertura válida de medicamentos](#), no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.



Si tiene cobertura de su empleador o sindicato y se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, puede perder la cobertura de medicamentos de su plan aun si es elegible para la Ayuda Adicional. Llame al administrador de beneficios de su empleador para obtener más información antes de inscribirse.



Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) (continuación)

Si no es elegible automáticamente para recibir la **Ayuda Adicional**, puede solicitarla:

- Visitando www.socialsecurity.gov/i1020 para solicitarla en línea (Internet).
- Llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213 para solicitarla por teléfono o para pedir la solicitud impresa. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.
- Solicitándola en la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Para obtener el teléfono llame al 1-800-MEDICARE y diga “Medicaid”. También puede visitar www.medicare.gov/contacts. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Usted puede solicitar la Ayuda Adicional en cualquier momento. Con su autorización, el Seguro Social le enviará información a la oficina de Medicaid de su estado para dar inicio al proceso de solicitud de los beneficios del Programa de Ahorros de Medicare. Vea la página 102.

La mayoría de los beneficiarios elegibles pagarán en el 2012 un máximo de \$2.60 por cada medicamento genérico y \$6.50 por cada medicamento de marca. Fíjese en las cartas que le mandan sobre la Ayuda Adicional o comuníquese con su plan para averiguar el precio exacto.

Para obtener respuesta a sus preguntas sobre la Ayuda Adicional y para que le ayuden a escoger un plan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el teléfono en las páginas 137–140. También puede llamar al 1-800-MEDICARE.

Pague la cantidad correcta

Medicare obtiene información de su estado o del Seguro Social en la que le indican si usted es elegible para recibir Ayuda Adicional. Si Medicare no tiene la información correcta, tal vez le cobren a usted un precio equivocado por la cobertura de sus recetas médicas.

Si es elegible automáticamente puede mostrarle a su plan de medicamentos la carta de color púrpura, amarilla o verde que le envió Medicare como prueba de que le dieron la Ayuda Adicional. Si solicitó Ayuda Adicional, puede mostrar la carta que le envió el Seguro Social (“Aviso de Aprobación”) como prueba de su elegibilidad.

También le puede mostrar a su plan **cualquiera** de los documentos (“mejor evidencia disponible”) que mencionamos a continuación, como prueba de que es elegible para la Ayuda Adicional. El plan debe aceptar estos documentos. Cada uno de estos documentos demuestra que fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio de 2011.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) (continuación)

Pague la cantidad correcta (continuación)

Prueba de que tiene Medicaid y vive en una institución o recibe servicios en el hogar y de la comunidad	Otros comprobantes de que tiene Medicaid
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una factura de la institución (como del 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 ▪ Copia de un documento estatal que demuestre que usted tiene Medicaid y que recibe servicios para la salud en el hogar o en la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia de la tarjeta de Medicaid (si la tuviera) ▪ Copia de un documento estatal que demuestre 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

Si aún no se ha inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados y pagó por sus medicamentos, dado que es elegible para recibir la **Ayuda Adicional**, usted podrá recuperar parte de lo que ha pagado. **Guarde los recibos** y llame al Programa de Transición de Medicare para las Personas con Ingresos Limitados Elegibles Recientemente (NET) al 1-800-783-1307. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-801-0369.

Si desea más información, visite www.medicare.gov/publications para consultar la hoja informativa “¿Está pagando la cantidad correcta por sus medicamentos?”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedirles que le manden una copia. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Programas de ahorros de Medicare (ayuda para pagar los costos de Medicare)

Los estados tienen programas que pagan las **primas** de Medicare y, en algunos casos, también pueden pagar los **deducibles** y **coseguros** de las Partes A y B de Medicare de las personas de ingresos y recursos limitados. Los nombres de estos programas y cómo funcionan varían según el estado.

En la mayoría de los casos, para ser elegible debe cumplir todas las condiciones siguientes:

- Debe tener la Parte A.
- Su ingreso mensual no debe exceder \$1,246 y sus recursos deben ser menos de \$6,680 si es soltero.
- Su ingreso mensual no debe exceder \$1,675 y sus recursos deben ser menos de \$10,020 si está casado y vive con su cónyuge.

Aviso: Estas cantidades pueden cambiar cada año. 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. Si está incapacitado y trabaja, podría ser elegible aun si su ingreso fuera más del límite estipulado. Los recursos incluyen el dinero que tenga en una cuenta corriente o de ahorros, acciones, bonos, fondos mutuos de inversión y cuentas personales de jubilación (IRAs por sus siglas en inglés). Los recursos **no** incluyen su automóvil, su vivienda, el terreno para su sepultura y el dinero para gastos de entierro hasta el límite estipulado por su estado, muebles y otros. Algunos estados no ponen límites para sus recursos.

Para más información

- Llame o visite la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) y 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener el número en su estado. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov/contacts.
- Visite www.medicare.gov/publications para ver la publicación, “Ayuda con sus costos de Medicare: Comencemos”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le manden una copia.
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono aparece en las páginas 137–140.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

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. Usted puede obtener la cobertura del Medicare Original o de un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO).
- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid, Medicare le brindará la cobertura de los medicamentos recetados en vez de Medicaid. Sin embargo, Medicaid pagará por algunos medicamentos y otros servicios que Medicare no cubre.
- Las personas que tienen Medicaid podrían obtener ciertos servicios que Medicare no cubre totalmente, como los servicios del asilo para ancianos.
- Los programas Medicaid varían en cada estado, también pueden tener nombres diferentes como “Ayuda Médica” o “Medi-Cal”.
- Cada estado tiene diferentes criterios de elegibilidad así como límites de ingresos y recursos.
- En algunos estados, para ser elegible para Medicaid debe tener Medicare.
- Llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible y para obtener más información. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener el número de teléfono de su Oficina Estatal de Ayuda Médica. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov/contacts.



Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs por su sigla 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 de cobertura. 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 con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono aparece en las páginas 137–140.

Programas de Ayuda Farmacéutica (también llamados Programas de Ayuda al Paciente)

Muchas empresas farmacéuticas ofrecen programas de ayuda con los medicamentos para las personas que tiene la cobertura Medicare de las recetas médicas y cumplen ciertos criterios.

Aviso: Para averiguar sobre los Programas de Ayuda Farmacéutica, visite www.medicare.gov/spap/index.asp.

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE es un programa de Medicare y Medicaid ofrecido en muchos estados, para que las personas que necesitan el nivel de servicios que recibirían en un asilo para ancianos, permanezcan en sus comunidades. Para más información consulte la página 83.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

SSI es una prestación mensual en efectivo pagada por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI le proporcionan dinero en efectivo para cubrir las necesidades básicas de alimentos, ropa y vivienda. SSI no es lo mismo que el beneficio del Seguro Social.

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 de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

Aviso: Las personas que viven en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam o Samoa Americana generalmente no pueden obtener el beneficio de SSI.

Programas para las personas que viven en los territorios de los Estados Unidos

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. Esta ayuda no es igual a la [Ayuda Adicional](#) que describimos en las páginas 98-101. Los programas varían en estos lugares. Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para averiguar sobre los criterios de elegibilidad. Visite www.medicare.gov/contacts, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para más información. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Programa del Seguro Médico para los Niños

¿Tiene usted niños o nietos que necesiten un seguro médico? El Programa del Seguro Médico para los Niños brinda cobertura médica a bajo costo, para los niños de familias que ganan demasiado como para ser elegibles para Medicaid pero no pueden pagar un seguro privado.

Cada estado tiene su propio programa y criterio de elegibilidad. Llame al 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) o visite www.insurekidsnow.gov para obtener más información.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Protéjase y proteja a Medicare



La Sección 5 incluye información sobre:

Sus derechos si tiene Medicare	106
Sus derechos si su plan deja de participar en Medicare	106
¿Qué es una apelación?	107
Cómo apelar	108
Sus derechos si piensa que los servicios están terminando antes de tiempo.	109
El derecho de apelación en los planes Medicare de medicamentos	110
El Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN)	113
Cómo usa Medicare su información personal	114
Protéjase del robo de identidad.	116
La Patrulla Medicare de Beneficiarios de la Tercera Edad (SMP).	117
Protéjase y proteja a Medicare del fraude	117
Cómo lo protege Medicare	119
El Intermediario de Medicare para el beneficiario	120



Sus derechos si tiene Medicare

Independientemente del tipo de plan Medicare que tenga, usted tiene ciertos derechos garantizados. En su calidad de beneficiario de Medicare, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con dignidad y respeto en todo momento
- No ser discriminado
- Tener acceso a médicos, otros proveedores de salud, 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
- Obtener servicios de emergencia en el momento y lugar en que los necesite
- 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



Sus derechos si su plan deja de participar en Medicare

Los planes de salud y de medicamentos de Medicare pueden decidir que el año próximo no participarán en el programa Medicare. A los planes que decidan retirarse de Medicare por completo o solamente en ciertas áreas se los considera como planes que “no han renovado” su participación. En estos casos usted tiene derecho a inscribirse en otro [plan de Medicare](#).

Si desea continuar con la cobertura de la Parte D o con un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) tendrá que inscribirse en un plan para el próximo año. Usted debe inscribirse en un nuevo plan de Medicare para el 31 de diciembre para asegurarse de que la cobertura empiece el 1 de enero. Si no se inscribe en un plan Medicare Advantage para el 31 de diciembre, continuará con la cobertura del Medicare Original a partir del 1 de enero. Si no se inscribe en la Parte D para esa fecha, no tendrá cobertura de medicamentos recetados.



Sus derechos si su plan deja de participar en Medicare (continuación)

Si no se inscribió en un plan nuevo para el 31 de diciembre, tendrá hasta el 29 de febrero de 2012 para escoger e inscribirse en un nuevo [plan de Medicare](#).

- Por lo general, si está inscrito en un [plan de salud de Medicare](#), regresará automáticamente al Medicare Original si no escoge otro plan. También tendrá derecho a comprar ciertas pólizas Medigap. Si regresa al Medicare Original puede también inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.
- Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados, tendrá derecho a inscribirse en otro plan de medicamentos o en un plan de salud de Medicare que ofrezca la cobertura de las recetas médicas. Si no se inscribe en un plan nuevo, no tendrá la cobertura de las recetas médicas (Parte D).

¿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 o por su plan. 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 o de brindarle** un servicio o suministro o parte del mismo y usted piensa que aún lo necesita.

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

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Cómo apelar

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



- Si está inscrito en el Medicare Original, puede apelar siguiendo estas instrucciones:

1. Obtenga el Resumen de Medicare (MSN) que muestra el suministro o servicio por el que está apelando. Su MSN es el informe que recibe cada tres meses en donde se listan todos los servicios que recibió y le indica si Medicare pagó por ellos. Vea la página 61.
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. También puede explicar los motivos en una página separada.
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.

También puede usar el formulario de CMS 20027 y enviárselo al contratista mencionado en su MSN. Visite www.medicare.gov/medicareonlineforms para ver o imprimir el formulario. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para que le manden una copia. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Generalmente recibirá la decisión del contratista de Medicare (en una carta o en el Resumen de Medicare) dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. Si Medicare decide pagar por el servicio o artículo, aparecerá en el próximo aviso.

- Si está inscrito en un [plan de salud de Medicare](#), revise los documentos que le manda el plan cada año, llámelos o visite www.medicare.gov/publications para consultar la publicación “Las apelaciones a Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le manden una copia.

En algunos casos podrá solicitar una apelación acelerada. Lea los documentos del plan y consulte la página 109.

Comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) si necesita ayuda para apelar. Encontrará el número de teléfono en las páginas 137–140.

Las palabras
en color
azul están
definidas en
las páginas
141–144.



Sus derechos si piensa que el servicio está terminando antes de tiempo

Si usted recibe un servicio cubierto por Medicare en un hospital, centro de enfermería especializada, agencia de cuidado de la salud en el hogar, centro de rehabilitación general u hospicio, y piensa que el servicio cubierto por Medicare está terminando antes de tiempo, puede solicitar una apelación acelerada. Su proveedor debe entregarle un aviso, antes de que termine el servicio, en el que le explican cómo presentar una apelación acelerada. Lea el aviso atentamente. Si su proveedor no le ha entregado el aviso, pídselo. Al solicitar una apelación acelerada, una organización independiente conocida como [Organización para Mejoras de la Calidad \(QIO\)](#) decidirá si el servicio debe continuar o no.

- Usted puede pedirle a su médico u otro proveedor de la salud cualquier información que pudiera contribuir a su caso, si decide apelar la decisión.
- Debe llamar a su QIO y pedir una apelación acelerada a más tardar para la hora mencionada en el aviso que le entrega el proveedor. Para apelar llame a la QIO al número listado en el aviso.
- Si se le pasó la fecha límite, igualmente puede apelar:
 - Llamando a su QIO, si está inscrito en el Medicare Original.
 - Si está inscrito en un [plan de salud de Medicare](#), lea el aviso y siga las instrucciones para solicitarle una apelación a su plan. También puede llamar al plan.



Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la QIO de su estado, o visite www.medicare.gov/contacts. Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-486-2048.



El derecho de apelación en los planes Medicare de medicamentos recetados

Si usted tiene la cobertura de recetas médicas de Medicare (Parte D), tiene derecho a tomar las medidas siguientes (aun antes de haber 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 usted ha cumplido con los requisitos para recibir el medicamento recetado y cuánto debe pagar por dicho medicamento.
- Pídale al plan una “excepción” si usted o su médico (o cualquier proveedor de la salud autorizado legalmente para recetar medicamentos) cree que necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos ([formulario](#)) cubiertos por el plan.
- Solicite una “excepción” si usted o su médico creen que una norma de cobertura (como por ejemplo la de la autorización previa) no debería aplicarse.
- Solicite una “excepción” si cree que debería pagar menos por un medicamento que se encuentra en un nivel (categoría superior) o sea un precio más caro, porque usted o su médico piensa que no puede tomar un medicamento de un nivel inferior para tratar la misma condición.

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 derecho de apelación en los planes Medicare de medicamentos recetados (continuación)

Usted o su médico pueden presentar una solicitud estándar por teléfono o por escrito, si está pidiendo un beneficio de medicamentos que todavía no ha recibido. Si está pidiendo el reembolso del pago de un medicamento, usted o su médico deben solicitarlo por escrito.

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.

Una vez que su plan ha recibido su pedido, tiene 72 horas (para un pedido estándar) o 24 horas (para un pedido acelerado) para notificarle la decisión.



Si está solicitando una excepción, su médico debe enviar una justificación explicando los motivos médicos por los que deberían otorgarle la excepción.



El derecho de apelación en los planes Medicare de medicamentos recetados (continuación)

Si no está de acuerdo con la decisión del plan, tiene derecho a apelar. Hay cinco niveles de apelación disponibles. El primer nivel es apelar a su plan. Una vez que el plan de Medicare recibe su apelación tiene 7 días (para una apelación estándar) o 72 horas (para una apelación acelerada) para notificarle la decisión. Si no está de acuerdo con la decisión del plan, puede pedir una evaluación independiente de su caso. La carta con la decisión del plan también le explicará lo próximo a tomar.

Usted puede obtener ayuda para apelar de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). El número de teléfono aparece listado en las páginas 137–140.

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

Si desea más información sobre los distintos niveles de apelación en un plan Medicare de medicamentos recetados, visite www.medicare.gov/publications y consulte la publicación “Las apelaciones a Medicare”, o llame al 1-800-MEDICARE y pida que le manden una copia.



Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN por su sigla en inglés)

Si está en el Medicare Original, su proveedor o suplidor puede darle un aviso llamado “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 por ellos si Medicare no lo hace.
- Le pedirán que lo firme e indique que ha leído y entendió el contenido del ABN.
- Los proveedores de servicios de salud y los suplidores no tienen (aunque pueden hacerlo) que entregarle un ABN para los servicios que Medicare nunca cubre. Vea la página 54.
- 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. Sin embargo, usted tendrá que pagar por los artículos o servicios por los que está apelando si es que Medicare determina que dichos artículos o servicios no están cubiertos (y no tiene otro seguro que sea responsable por el pago).
- Puede que reciba un ABN para el cuidado en el hogar por otros motivos, tales como cuando su médico reduce los servicios para el cuidado de la salud en el hogar.
- Puede que reciba un ABN del centro de enfermería especializada, cuando el centro cree que Medicare ya no cubrirá la estadía.
- Si usted debió haber recibido un ABN y no lo hizo, en la mayoría de los casos Medicare obligará al proveedor a que le reembolse el dinero que usted pagó por el servicio o suministro.

Si está inscrito en un [plan de Medicare](#), llame al plan para averiguar si un determinado servicio o suministro será cubierto.

Para más información sobre los ABN visite www.medicare.gov/publications y consulte la publicación “Las apelaciones a Medicare” o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que le manden una copia. Los usuarios de [TTY](#) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras
en color
azul están
definidas en
las páginas
141–144.

Cómo usa Medicare su información personal

Usted tiene derecho a que su información personal y la de su salud se mantengan en total confidencialidad. Las dos próximas páginas indican cómo su información puede usarse y divulgarse, y cómo puede obtenerla.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Medicare Original

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 brindarle información a:

- Usted u otra persona que actúe como su representante legal,
- La Secretaria 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 atención médica 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 esté haciendo los pagos apropiados y para los programas federales/estatales Medicaid)
- Para actividades relacionadas con la salud pública (el 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 y
- Para crear un banco de información a través de la cual usted no pueda ser identificado

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 hagan los cambios necesarios si la información 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.
- Obtener una copia impresa de este aviso.

Visite www.medicare.gov para más información sobre:

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

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

Usted puede presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr/privacy.

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

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

Nota: Si se inscribe en un [plan de salud de Medicare](#), el plan le dirá cómo divulgará su información personal a otras entidades de acuerdo a lo estipulado por la ley, para el tratamiento, pago, operaciones médicas, investigación y otros propósitos.



Protéjase del robo de identidad

El robo de identidad es un delito grave. Ocurre cuando 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, mantenga esta información a resguardo.

Si usted piensa que alguien está usando su información personal sin su permiso, llame al departamento de policía local y a la línea para el robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338 para hacer una denuncia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-653-4261.

Lo que puede hacer

Por lo general, ninguna persona puede llamar o ir a su casa sin ser invitado, para convencerlo de que se inscriba en un [plan de Medicare](#). No le proporcione a dicha persona ningún tipo de información. **Sólo divulgue su información personal como su número de Medicare a médicos, proveedores, a los planes aprobados por Medicare, a cualquier seguro que pague los beneficios en su nombre, y a las personas de la comunidad que trabajan con Medicare, como el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) o al Seguro Social.** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si no está seguro si su proveedor está aprobado por Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Los planes deben cumplir las normas

Los planes de Medicare deben cumplir ciertas normas para la comercialización y la obtención de su información para inscribirlo. No pueden pedirle por teléfono o correo electrónico 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para denunciar a cualquier plan que le solicite su información personal por teléfono o llame para que se inscriba en el plan.** También puede llamar al Contratista para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC por su sigla en inglés) al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). El MEDIC ayuda a prevenir actividad inapropiada y combate el fraude, el desperdicio y el abuso en los planes Medicare Advantage (Parte C) y en los Programas Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D).

Para más información sobre las normas que tienen que cumplir los planes de Medicare, visite www.medicare.gov/publications y consulte la publicación “Protéjase y proteja a Medicare del fraude”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE y pida que le manden una copia.

Si desea más información sobre el robo de identidad o si desea poner una queja por Internet, visite www.ftc.gov/idtheft. También puede visitar www.stopmedicarefraud.gov.

El Programa SMP (Patrulla de Personas de la Tercera Edad) puede ayudarle

El programa SMP educa y permite a los beneficiarios de Medicare participar activamente en la detección y prevención del fraude y abuso en el sistema de salud. El programa SMP no sólo protege a los beneficiarios, sino que también preserva al programa Medicare. Hay un Programa SMP en cada estado, el Distrito de Columbia, Guam, las Islas Vírgenes estadounidenses y Puerto Rico. Comuníquese con su SMP local para obtener asesoría personalizada y para enterarse acerca de los eventos en su comunidad. Si desea información para localizar al programa SMP en su zona, visite www.smpresouce.org, o llame al 1-877-808-2468. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Protéjase y proteja a Medicare del fraude

La mayoría de los médicos, proveedores de la salud, farmacéuticos y planes que trabajan con Medicare son honestos. Desafortunadamente algunos no lo son. El fraude contra Medicare ocurre cuando se le cobra a Medicare por servicios o suministros que usted nunca recibió. Cada año, este fraude ocasiona pérdidas a Medicare. Usted paga por ello, con primas más altas.

Recuerde estos consejos que le ayudarán a prevenir el fraude:

- ¡Haga preguntas! Usted tiene el derecho de saber todo lo relacionado con su salud incluidos los gastos que se le facturan a Medicare.
- Edúquese sobre Medicare. Conozca sus derechos y los servicios por los que el proveedor puede y no puede facturarle a Medicare.
- Revise su Resumen de Medicare y cualquier otro documento y, si fuera necesario, pregúntele al proveedor sobre los servicios y artículos que han cobrado.
- Sospeche de los proveedores que le dicen que un servicio o suministro generalmente no está cubierto pero que “ellos saben cómo cobrárselo a Medicare” para que lo pague.

Si sospecha que el **plan de Medicare** o el proveedor le ha dado información confusa o engañosa, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Protéjase y proteja a Medicare del fraude (continuación)

Cuando reciba servicios médicos, anote las fechas y guarde los recibos y documentos que recibe del proveedor de la salud para ver si hubo errores. Estos documentos incluyen el Resumen de Medicare si usted tiene el Medicare Original, o un documento similar que liste los servicios o medicamentos que recibió.

Si piensa que hay un error, haga lo siguiente para averiguar cómo se facturó:

- Pídale a su médico o abastecedor un informe detallado sobre cada servicio o suministro. Se lo debe entregar en un plazo de 30 días.
- Si está inscrito en el Medicare Original, revise su MSN para ver cuáles son los servicios que le cobraron a Medicare. Si está inscrito en un [plan de Medicare](#), pregúntele al plan.
- Visite www.MiMedicare.gov y vea sus reclamaciones (si está inscrito en el Medicare Original). Sus reclamaciones generalmente aparecen en este sitio Web a las 24 horas de haber sido procesadas. Cuanto más rápido reporte el error, mayor será la posibilidad de detener el fraude. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sospecha de algún fraude a Medicare, llame a su proveedor de cuidado de salud para asegurarse de que la factura esté correcta. Si sospecha llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para más información sobre cómo protegerse y proteger a Medicare, así como consejos para detectar y denunciar el fraude, visite www.stopmedicarefraud.gov o comuníquese con su programa SMP local. Vea la página 117.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Usted podría ganar dinero si lucha contra el fraude

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

- Denuncia una sospecha de fraude a Medicare (por ejemplo, llama al 1-800-MEDICARE).
- El fraude que usted denuncia debe ser comprobado como fraude probable por el Contratista para la Protección del Programa, el Contratista Zonal de Integridad del Programa (dos contratistas de Medicare responsables por investigar el fraude y abuso potenciales), y derivarlo formalmente como parte de un caso a la Oficina del Inspector General para que se siga investigando.
- Usted no es un “individuo excluido”. Por ejemplo, no participó en el fraude denunciado y no es elegible para cualquier otra recompensa de otro programa gubernamental.
- La persona u organización a la que está denunciando no está siendo investigada por las autoridades.
- Su denuncia permite recobrar por lo menos \$100 del dinero de Medicare.

Si desea más información, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048.

Investigar el fraude toma tiempo

Nosotros tomamos todas las denuncias de sospecha de fraude en serio.

Cuando usted hace una denuncia, puede que no vea un resultado inmediato.

Toma tiempo investigar su denuncia y construir un caso.

Cómo lo protege Medicare

Con la ayuda de los proveedores de la salud, suplidores, autoridades y ciudadanos decentes como usted, Medicare está mejorando su capacidad para prevenir el fraude y el robo de identidad.

El Equipo de Prevención del Fraude a Medicare del Departamento de Justicia y del Departamento de Salud y Servicios Humanos es un equipo multi-agencia federal, estatal y de investigadores locales diseñado para combatir el fraude a Medicare a través del análisis de datos de Medicare y de las políticas comunitarias. Estas agencias trabajan en forma conjunta para prevenir el fraude y velar por el cumplimiento de las leyes existentes contra el fraude en todo el país, a través del Equipo para la Prevención del Fraude en la Asistencia Médica y el Cumplimiento de Medidas (HEAT por su sigla en inglés). Se estima que a lo largo de cinco años, los esfuerzos contra el fraude le ahorrarán a Medicare aproximadamente \$2.7 mil millones.

Gracias a estos esfuerzos, algunos proveedores deshonestos fueron expulsados del programa Medicare y otros han ido a la cárcel. Estos esfuerzos le ahorran dinero a los contribuyentes y protegen a Medicare en el futuro.

Denuncie su sospecha de fraude a Medicaid

Usted puede denunciar el fraude a Medicaid en su Oficina Estatal de Ayuda Médica. Visite www.cms.gov/fraudabuseforconsumers. También puede denunciarlo llamando a la línea OIG Nacional al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477).

Usted está protegido contra la discriminación

Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare debe obedecer la ley. A usted no se le puede dar un trato diferente por su raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, religión o sexo. Si usted cree que ha sido tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al número sin cargo 1-800-368-1019.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Si desea más información, visite www.hhs.gov/ocr.

El Intermediario de Medicare está trabajando para usted

Un “intermediario o procurador” es una persona que evalúa los problemas y ayuda a resolverlos. El Intermediario de Medicare se asegura de que tenga a su alcance la información disponible sobre:

- La cobertura de Medicare
- La información para tomar decisiones de salud acertadas
- Sus derechos y protecciones si está en Medicare
- Cómo resolver los problemas

El Intermediario analiza las inquietudes que usted le hace llegar llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y a través del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP).

Para más información sobre el Intermediario de Medicare, preguntas, quejas y lo que necesitan saber los beneficiarios de Medicare, visite www.medicare.gov/Ombudsman/resources.asp.

Las palabras
en color
azul están
definidas en
las páginas
141–144.

Planifique con anticipación



La Sección 6 incluye información sobre:

- Planifique su **cuidado a largo plazo** 122
- Cómo pagar por el cuidado a largo plazo 122
- Instrucciones anticipadas 125

Planificación del cuidado a largo plazo

El **cuidado a largo plazo** incluye una gama de servicios médicos y no médicos para las personas que padecen de enfermedades crónicas o incapacidades. La ayuda que no es cuidado médico consiste en ayuda de personal no especializada para realizar las tareas cotidianas como bañarse, vestirse, etc. Al menos el 70% de los beneficiarios mayores de 65 años necesitarán servicios de cuidado a largo plazo en algún momento. **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 motivos médicos** en un **centro de enfermería especializada** o por el cuidado de la salud en el hogar, si usted cumple ciertos requisitos. El cuidado a largo plazo puede brindarse en el hogar, en la comunidad, en un centro de vida asistida o en un asilo para ancianos (residencia geriátrica). Es importante que planifique el cuidado a largo plazo ahora para mantener su independencia y asegurarse de recibir el cuidado que necesite en el futuro.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Cómo pagar por el cuidado a largo plazo

Seguro de Cuidado a Largo Plazo—Este seguro privado paga por muchos tipos de cuidado a largo plazo, incluido el cuidado de compañía especializado y no especializado. 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 diurno para adultos, vida asistida, equipo médico y el cuidado informal en el hogar.

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

Su empleador antiguo o actual o sindicato podrían ofrecerle un seguro de cuidado a largo plazo. Los empleados federales en actividad 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 visite www.opm.gov/insure/ltc o llame al Programa Federal de Seguro de Cuidado a Largo Plazo al 1-800-582-3337. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-843-3557.

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 cómo funciona.

Otras opciones privadas—Además del seguro de cuidado a largo plazo y sus recursos personales, usted puede pagar por su cuidado a largo plazo a través de un fideicomiso o anualidad. La opción que le convenga más dependerá de su edad, su estado de salud, su riesgo de llegar a necesitar cuidado a largo plazo y su situación financiera. Si desea más información sobre sus opciones, visite www.longtermcare.gov.

Cómo pagar por el cuidado a largo plazo (continuación)

Medicaid—Es un programa conjunto federal y estatal que paga ciertos servicios médicos para las personas con ingresos y recursos limitados. Si usted es elegible tal vez pueda obtener ayuda para pagar por el cuidado en un asilo para ancianos u otros costos de salud. Para obtener más información sobre Medicaid consulte la página 103.

Programas de servicios para el hogar y comunitarios—Si ya es elegible para Medicaid (o en algunos estados podría ser elegible para la cobertura de Medicaid en un asilo para ancianos), usted o los miembros de su familia 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 comuníquese con la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener el número de teléfono, o visite www.medicare.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Beneficios para veteranos—El Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) podría brindar [cuidado a largo plazo](#) para ciertos veteranos elegibles con incapacidades relacionadas con el servicio. VA también tiene un Programa para los confinados al hogar y el de Ayuda en efectivo para los veteranos elegibles y sus cónyuges, en vez de los servicios de ayudante para el hogar, asistencia con las actividades personales y otros servicios de ayuda para el hogar. Si desea información, llame a VA al 1-800-827-1000 o visite www.va.gov.

PACE (Cobertura Total de Salud para Ancianos)—PACE es un programa de Medicare y Medicaid en muchos estados que ofrece servicios en la comunidad para personas que de otro modo necesitarían el nivel de cuidado brindado en un asilo para ancianos. Vea la página 83 para más información.

Cómo pagar por el cuidado a largo plazo (continuación)

Recursos para el cuidado a largo plazo

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

- Visite www.medicare.gov/ltcplanning. También puede visitar www.medicare.gov/nhcompare o www.medicare.gov/hhcompare para comparar las agencias de cuidado de la salud en el hogar y los asilos para ancianos.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.longtermcare.gov para averiguar sobre la planificación del cuidado a largo plazo.
- Llame al Departamento Estatal de Seguro para obtener información sobre el seguro de cuidado a largo plazo. Llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 137–140.
- 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 de la Administración para Envejecimiento en www.eldercare.gov para buscar el Centro de Recursos para Incapacitados y Ancianos local (ADRC). También puede llamar al 1-800-677-1116. El ADRC ofrece una gama amplia de servicio para el cuidado a largo plazo y de apoyo en un programa coordinado.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.



Instrucciones anticipadas (voluntades anticipadas)

Las instrucciones anticipadas 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 por usted mismo.

Las voluntades anticipadas por lo general incluyen:

- Un poder legal para decisiones médicas (health care proxy)
- Testamento en vida
- Deseos para después de su muerte

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



Un poder legal para decisiones sobre la salud (health care proxy), es el que usted le otorga 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.

Un testamento en vida es otra manera de expresar sus deseos. 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 usted mismo, CPR (resucitación cardiopulmonar) si su corazón y respiración se detienen, un tubo para alimentarlo si ya no puede comer, son algunos ejemplos de tales tratamientos médicos.

En algunos estados, las instrucciones anticipadas también pueden incluir sus deseos para después de la muerte y las opciones sobre la donación de órganos y tejidos.

Instrucciones anticipadas (voluntades anticipadas) (continuación)

Si usted ya tiene sus instrucciones anticipadas, revíselas para asegurarse de que está satisfecho con ellas y de que su representante legal aún desea llevar a cabo sus instrucciones. Averigüe cómo cancelarlas o actualizarlas en su estado si es que ya no reflejan sus deseos. Cada estado tiene sus propias leyes sobre las voluntades anticipadas. Algunos estados le permitirán combinarlas en un solo documento. Si desea más información, comuníquese con su proveedor de salud, un abogado, su agencia local de envejecimiento, o su departamento estatal de salud.

Consejos si decide tener instrucciones anticipadas

1. Guarde el documento original de sus instrucciones anticipadas en un lugar donde las pueda encontrar fácilmente.
2. Entréguele una copia a la persona que nombró como representante y a otros cercanos a usted.
3. Entréguele una copia a su médico para que la guarde en su archivo. También entregue una copia al hospital o al asilo para ancianos si viviera allí, o al centro de cirugía ambulatoria antes de cualquier procedimiento.
4. Lleve en su billetera una tarjeta que contenga sus instrucciones anticipadas.



Recursos y herramientas útiles



La Sección 7 incluye información sobre:

1-800-MEDICARE	128
Los Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)	129
www.medicare.gov	130
www.MiMedicare.gov	130
La comparación de la calidad de los planes y proveedores. . .	131
Medicare trabaja para coordinar mejor su atención médica .	132
Controle la información sobre su salud electrónicamente . .	134
Publicaciones de Medicare	136
Recursos para quienes cuidan de otras personas	136
Los números de teléfono de SHIP	137



Si tiene preguntas o quejas sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, llame a su **Organización para Mejoras de la Calidad (QIO)** local. Visite www.medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de las QIO. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

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

- Hable claramente, tenga a mano su tarjeta de Medicare y proporciónese su número de Medicare, de este modo reducirá el tiempo que le toma comunicarse con un agente. También le permitirá escuchar mensajes que podrían afectar su cobertura, y nos permitirá comunicarlo con un representante a la brevedad.
- Para dar su número de Medicare, diga claramente los números y letras uno por uno. También puede ingresarlo usando las teclas del teléfono. Use la tecla de asterisco para indicar cualquier lugar donde haya una letra. Por ejemplo si su número de Medicare es “000-00-0000A, usted debe marcar 0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-*. El sistema automatizado de voz le preguntará cuál es la letra.
- **Diga “Agente” (Agent) en cualquier momento para hablar con un representante de servicio al cliente. O use el cuadro a continuación.** Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés o español, dígaselo al operador, para que le proporcionen una traducción gratuita.



Si llama por...	Diga ...
La cobertura de Medicare de recetas médicas	“Cobertura de medicamentos”
Cuentas médicas o asuntos relacionados con facturas o apelación de una reclamación específica	“Reclamación” o “Facturación”
Servicios preventivos	“Servicios Preventivos”
Ayuda para ayudarle con los gastos médicos o de medicamentos	“Ingreso limitado”
Formularios y publicaciones	“Publicaciones”
Números de teléfono de su Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)	“Medicaid”
Atención médica ambulatoria	“Servicio médico”
Visita al hospital o a 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”

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (continuación)

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.



Si desea que otra persona llame al 1-800-MEDICARE en su nombre, debe autorizarlo por escrito. Puede llenar una “Autorización para divulgar información médica personal” en www.medicare.gov/medicareonlineforms u obtener el formulario llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Tal vez le convenga hacer esto ahora en caso de que no pueda hacerlo más adelante.

Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés)

Estos son programas estatales que reciben dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita a las personas con Medicare. Los SHIP son programas independientes que no tienen conexión con ningún seguro o plan médico, los voluntarios de SHIP trabajan para ayudarlo con las inquietudes y preguntas siguientes:

- Sus derechos si está inscrito en Medicare
- Quejas sobre su atención o tratamiento médico
- Problemas con la facturación
- Opciones de planes



El número de teléfono aparece listado en las páginas 137–140. Si desea ser un asesor voluntario de SHIP, llame al SHIP de su estado para obtener información.

Obtenga la información que necesita por Internet

¿Necesita información general sobre Medicare?

Visite www.medicare.gov:

- Obtenga información detallada sobre los planes de salud y de medicamentos en su zona, los costos y los servicios que ofrecen.
- Busque médicos y proveedores que participen en Medicare.
- Averigüe lo que cubre Medicare y sobre los [servicios preventivos](#).
- Obtenga los formularios de Medicare e información sobre las apelaciones.
- Obtenga información sobre la calidad de los servicios de los planes, los asilos para ancianos, hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis.
- Obtenga números de teléfono y sitios Web útiles.

¿Necesita información personalizada?

Inscríbese en www.MiMedicare.gov el servicio seguro de Medicare por Internet que le permite acceder a su información personal:

- Cree e imprima un “Informe Inmediato” con su información médica que puede compartir con sus proveedores de la salud.
- Agregue o modifique su historial clínico como por ejemplo sus problemas de salud o alergias.
- Agregue o modifique la información sobre sus medicamentos.
- Haga una lista de sus proveedores preferidos y vea la información sobre la calidad de los servicios que prestan.
- Complete el Cuestionario Inicial de Inscripción para que sus facturas se paguen correctamente.
- Haga un seguimiento de sus reclamaciones por servicios médicos y pida el Resumen de Medicare.
- Fíjese en el estatus del pago del [deducible](#) de la Parte B.



¿Necesita ayuda encontrando otras opciones de seguros médicos?

Visite www.healthcare.gov:

- Tome control de su salud con la nueva información y recursos que le darán acceso a seguros médicos de calidad a precios razonables.
- Esta herramienta es fácil de usar para encontrar opciones de seguros médicos, tanto públicos como privados, que responden a sus necesidades.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Compare la calidad de los planes y proveedores

Usted no siempre puede planificar con anticipación sobre sus necesidades médicas pero cuando pueda, tómese el tiempo para comparar. Medicare obtiene información sobre la calidad y la seguridad de los servicios brindados por la mayoría de los [planes de Medicare](#) y de otros proveedores, así como sobre las experiencias de las personas que reciben los servicios.

Compare la calidad del cuidado y de los servicios (qué tan bien se desempeñan los planes y proveedores para brindar la mejor atención posible) proporcionados por los planes de salud y de medicamentos y por los proveedores a nivel nacional, en www.medicare.gov o llamando al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 137–140.

Cuando usted, un familiar, amigo o asesor de SHIP visite el “Localizador de recursos” en el sitio Web de Medicare, deberá escoger uno de los siguientes:

- “Planes de salud y de medicamentos”
- “Centros de diálisis”
- “Agencias para el cuidado de la salud en el hogar”
- “Hospitales”
- “Asilos para ancianos”

Estas herramientas de búsqueda de www.medicare.gov le dan un panorama sobre la calidad de los servicios brindados por algunos planes y proveedores. Si desea más información al respecto:

- Pregúntele a su plan o a su proveedor qué hace para garantizar y mejorar la calidad de los servicios. Todo plan o proveedor debe tener una persona disponible para hablar con usted sobre la calidad de los servicios.
- Pregúntele a su médico qué opina sobre la calidad de los servicios brindados por su plan u otro proveedor de la salud. Hable con su médico sobre la información de Medicare acerca de la calidad de los servicios ofrecidos por los planes y proveedores.



Medicare trabaja para coordinar mejor su atención médica

Medicare sigue buscando maneras para coordinar mejor su atención médica y para garantizarle que reciba los mejores servicios posibles. La Tecnología Informática de la Salud y servicios mejorados, pueden ayudarle a controlar la información sobre su salud, mejorar la comunicación con sus proveedores, así como la calidad y coordinación del cuidado. Estas herramientas también sirven para reducir el papeleo, los errores médicos y los costos de su atención médica.

Estos son algunos ejemplos de cómo sus **proveedores de servicios de salud** pueden mejorar la coordinación de su atención médica:



Expedientes médicos electrónicos (EHR)—Un archivo seguro y confidencial que su médico y otros proveedores de la salud, el personal del consultorio o del hospital, mantienen en una computadora con la información sobre su salud y tratamientos. Si su proveedor utiliza el EHR, pueden ingresar a una red que comparte estos datos de manera segura.

- Los EHR pueden reducir las probabilidades de que se comentan errores médicos, eliminar la duplicación de exámenes y mejorar la calidad general de su cuidado.
- Los EHR pueden ayudar a los proveedores a obtener la misma información actualizada sobre sus problemas de salud, tratamientos, análisis y medicamentos.

Los EHRs pueden ayudarle a obtener la siguiente información rápidamente:

- Detalles describiendo las condiciones y tratamientos que usted ha discutido con su proveedor.
- Una explicación de los términos médicos y resultados de pruebas que se encuentran en su expediente.

Medicare trabaja para coordinar mejor su atención médica (continuación)

Recetas electrónicas—Una herramienta para que su médico, proveedor o cualquier persona autorizada para recetar, envíe su receta electrónicamente a la farmacia. Las recetas electrónicas pueden ahorrar dinero, tiempo y son seguras.

- Usted no tiene que llevar la receta a la farmacia ni esperar por el medicamento. Su receta puede estar lista cuando usted llega a la farmacia.
- Los proveedores de la salud pueden averiguar cuáles son los medicamentos que cubre el seguro y recetarle uno que cueste menos.
- Las recetas electrónicas son más fáciles de leer para el farmacéutico que las recetas escritas a mano. Lo que reduce las posibilidades de error en el medicamento o la dosis.
- Los proveedores tendrán un acceso seguro a su historial de medicamentos, para estar al tanto de cualquier interacción entre los medicamentos, alergias y otras advertencias .

Nuevo: Organizaciones Responsables por el Cuidado de la Salud (ACO)—A partir del 2012, si usted está inscrito en el Medicare Original, su médico puede optar por participar en una Organización Responsable por el Cuidado de la Salud. Este es un equipo de proveedores de la salud que aceptan trabajar en forma conjunta para mejorar la calidad, costos y atención

de los pacientes. La ACO **no** influirá sobre sus costos, beneficios o cobertura. Usted puede seguir escogiendo su médico. Si su médico pertenece a una ACO, puede continuar atendiéndole. O, si lo desea puede atenderse con un médico que no participe en una ACO. Si desea más información 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.



Controle su información médica por Internet

A continuación le mencionamos lo que **usted** puede hacer para controlar su información médica:

Expediente médico personal (PHR)—Un archivo que contiene la información sobre su salud, que usted o la persona que lo ayuda puede mantener en su computadora para acceder a ella fácilmente.



- Esta herramienta fácil de usar le permite monitorear su información médica desde cualquier lugar donde haya acceso a Internet.
- Si tiene un PHR, usted puede controlar la información relacionada con su salud, como por ejemplo la última vez que se hizo un examen físico, una enfermedad grave, sus operaciones, alergias o la lista de sus medicamentos.
- Los PHR generalmente son ofrecidos por los proveedores, planes y compañías privadas. Algunos son gratuitos por otros tendrá que pagar.
- Cuando use un PHR, asegúrese de hacerlo en un sitio Web seguro, en el que deba crear una clave de identificación de usuario y una contraseña, y donde la información que ingresa esté codificada para que otras personas no puedan leerla.



Hay leyes federales y estatales que protegen la confidencialidad y seguridad de su información. Los PHR que no están patrocinados o mantenidos por su plan médico o su proveedor de la salud, tal vez no tengan normas de confidencialidad.

Visite www.medicare.gov/phr para averiguar sobre su Expediente médico personal.

Controle su información médica por Internet (continuación)

NUEVO: El “Botón Azul” de Medicare—MiMedicare.gov ahora tiene una nueva herramienta a su disposición, el “botón azul” que le permite descargar las reclamaciones correspondientes al Medicare Original. Con el “botón azul” usted puede ingresar sus contactos para casos de emergencia, los nombres de sus proveedores y farmacias, sus alergias, problemas de salud y los medicamentos que toma.

Una vez que haya ingresado al sitio www.MiMedicare.gov puede hacer clic en el “botón azul” y descargar un archivo con sus reclamaciones, y agregar su información médica personal que puede compartir con sus médicos, familiares y la persona que lo cuida.

- El acceso a sus reclamaciones y la posibilidad de ingresar su propia información médica, le puede ayudar a entender mejor su historial clínico y a trabajar eficazmente con sus proveedores de la salud.
- El archivo que obtiene a través del “botón azul” puede importarse a otra herramienta de manejo de información de la salud, como a una de las herramientas del PHR descritas en la página 134. Para encontrar un PHR que puede importar el archivo del “botón azul”, visite www.myphr.com.
- El “botón azul” es una herramienta segura, confiable y fácil de usar.

Visite www.MiMedicare.gov para abrir una cuenta y utilizar el “botón azul” hoy mismo.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 141–144.

Publicaciones de Medicare

Para leer, imprimir o descargar folletos, hojas informativas o panfletos sobre temas relacionados con Medicare, visite www.medicare.gov/publications. Puede hacer una búsqueda por palabra clave (por ejemplo “derechos” o “salud mental”) o “Vea todas las publicaciones”.

Si la publicación que le interesa tiene un casillero después de “Ordene la publicación”, significa que puede solicitar una copia impresa. O, puede llamar 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 de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Algunas publicaciones también están disponibles en archivos multimedia “podcasts” que puede descargar y escuchar.

Recursos para los cuidadores

¿Ayuda usted a un beneficiario de Medicare?

Medicare tiene recursos que le ayudarán a obtener la información que necesita.



- ¡Visite “Pregunte a Medicare” en www.medicare.gov/caregivers para ayudarle a la persona a quien cuida, a escoger un plan de medicamentos, comparar un asilo para ancianos, con las facturas, y más!
- Regístrese en el sitio Web mencionado arriba para que le envíen el boletín electrónico bimensual gratuito “Pregunte a Medicare”. El boletín electrónico contiene la información más actualizada, incluidas las fechas, cambios en Medicare y recursos en su comunidad.
- Visite el Localizador Eldercare, un servicio público de la Administración para Envejecimiento de los Estados Unidos, en www.eldelcare.gov o llame al 1-800-677-1116 para buscar ayuda para que lo cuiden en su zona.
- ¡Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ahora está en Twitter! Obtenga información oficial de Medicare a través de la red social Twitter en www.Twitter.com/CMSGov y del Programa de Seguro Médico para los Niños en www.Twitter.com/IKNGov.
- Visite www.YouTube.com/cmshhsgov para ver videos sobre una amplia gama de temas en el canal YouTube de Medicare.



Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

Para ayudarle con preguntas sobre los derechos y protecciones de Medicare, apelaciones, escoger un plan de salud, comprar una póliza Medigap o algún otro seguro de salud.

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 www.medicare.gov/contacts/home.asp. 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 www.medicare.gov/contacts/home.asp. 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 www.medicare.gov/contacts/home.asp. 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 www.medicare.gov/contacts/home.asp. Gracias.



Definiciones

Área de servicio—El área geográfica donde su plan acepta miembros, si es que limita la inscripción a los miembros que viven en dicha zona. 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 usted se muda fuera del área de servicio, el plan debe cancelar su cobertura.

Asignación—Es un acuerdo por el cual su médico, abastecedor o proveedor acepta directamente el pago de Medicare por la cantidad aprobada por Medicare para los servicios, y acepta no cobrarle al paciente más que la cantidad del deducible y el coseguro de Medicare.

Ayuda Adicional—Es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados, a pagar los costos de la cobertura de sus recetas médicas, como por ejemplo las primas, deducibles y coseguro.

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

Centro de rehabilitación para paciente interno—Un hospital, o parte de un hospital que brinda un programa intensivo de rehabilitación para los pacientes internados.

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 de las recetas médicas. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, pueden conservarla sin tener que pagar una multa si más tarde deciden inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

Copago—Es la cantidad que le corresponde pagar del costo de los servicios o suministros como por ejemplo la visita médica, el cuidado en el hospital como paciente ambulatorio, o medicamentos. El copago por lo general es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, puede que le cobren \$10 o \$20 por la visita médica o el medicamento.

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

Cuidado a largo plazo—Una variedad de servicios que ayudan a las personas con sus necesidades médicas y no médicas durante un período de tiempo. El cuidado a largo plazo se puede ofrecer en el hogar, en la comunidad, o en otros tipos de instituciones, como en asilo de ancianos y centros de vida asistida. La mayoría del cuidado a largo plazo es cuidado de custodia. Medicare no paga por este tipo de servicio si este es el único tipo de cuidado que necesita.

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

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)—Cuidado de enfermería especializada y de rehabilitación brindados de manera continuada y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de dicho cuidado incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindados por una enfermera licenciada o por un médico.

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

Días de reserva vitalicios—En el Medicare Original son días adicionales que Medicare pagará cuando ha estado hospitalizado por más de 90 días. Estos 60 días pueden ser usados una sola vez durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos excepto el coseguro diario.

Formulario—Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan de medicamentos o por otro seguro que ofrezca la cobertura de las recetas médicas.

Hospital de acceso crítico—Un centro médico pequeño que brinda servicios ambulatorios y de internación limitados a personas en zonas rurales.

Hospital de cuidado a largo plazo—Hospitales de atención aguda que brindan tratamiento a los pacientes que deben permanecer internados más de 25 días. La mayoría de los pacientes son transferidos de las unidades de cuidado intensivo o crítico. Los servicios proporcionados incluyen rehabilitación general, terapia respiratoria, tratamiento para traumatismo craneo encefálico y control del dolor.

Institución/Centro—Un centro que responde a la definición de Medicare de un centro de cuidado a largo plazo, por ejemplo un asilo de ancianos (residencia geriátrica), un centro de enfermería especializada o un hospital de rehabilitación. Las residencias privadas o residencias grupales no se consideran instituciones en esta definición.

Médico de cuidado primario—Es el médico a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El médico de cuidado primario es el que se encarga de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano. También es el que lo deriva a otro proveedor de la salud y habla con otros médicos sobre su cuidado. En muchos planes Medicare Advantage, antes de ver a cualquier otro médico, usted debe consultar primero 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 Mejoras de la 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 el Medicare Original mide su uso de los servicios de hospital y de Centros de Enfermería Especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día que usted es admitido al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficio 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 SNF después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficio. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Plan de salud de Medicare—Un plan médico ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarles a los beneficiarios inscritos, todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Los planes de salud de Medicare incluye a todos los planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costo, los programas piloto y los programas PACE.

Plan Medicare—Se refiere a cualquier plan que no sea el Medicare Original, mediante el cual usted recibe los beneficios de salud y de medicamentos de Medicare. El término incluye todos los planes de salud de Medicare y los Planes Medicare de Medicamentos Recetados.

Prima—El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico o de medicamentos por la cobertura.

Referido—Una orden por escrito de su médico de cabecera para que consulte a un especialista o reciba ciertos servicios. En muchos HMO, usted necesita una orden por escrito antes de atenderse con cualquier profesional de la salud que no sea su médico de cabecera. Si no tiene un referido de su médico, es posible que el plan no pague.

Servicios preventivos—Servicios médicos para prevenir enfermedades o hacer una detección temprana de las mismas, que es cuando con el tratamiento se obtienen los mejores resultados (por ejemplo, la prueba Papanicolaou, vacuna contra la gripe y las mamografías).

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.

¿Quiere ahorrar?

¡Hay Ayuda Adicional disponible!

Muchas personas reúnen los requisitos para obtener **Ayuda Adicional** para pagar por la cobertura Medicare de las recetas médicas pero no lo saben. La mayoría de las personas que son elegibles y se inscriben en un plan Medicare de medicamentos recetados pagarán un máximo de \$6.50 por cada medicamento de marca y hasta \$2.60 por medicamento genérico. No se pierda esta oportunidad de ahorrar dinero. La Ayuda Adicional y otros programas (como los Programas de Ahorros de Medicare) pueden contribuir para que sus gastos médicos y de medicamentos sean más accesibles. Vea las páginas 98–104 si desea más información sobre la Ayuda Adicional y otros programas.

Pida que en el futuro le envíen esta publicación electrónicamente.

Ahorre dinero a los contribuyentes y ayude al medio ambiente inscribiéndose para recibir los manuales “Medicare y Usted” electrónicamente (también conocidos como e-Manuales). Visite www.MiMedicare.gov para solicitarlos. Le enviaremos un correo electrónico el próximo septiembre cuando el nuevo e-Manual esté disponible. Si escoge recibirlo electrónicamente, no le enviaremos la copia impresa por correo.

¿Recibe en su hogar más de una copia del manual “Medicare y Usted”?

Esto puede ocurrir si hay una pequeña diferencia en la manera en la que usted o su cónyuge ingresaron la dirección en el sistema de correspondencia del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). Si en el futuro desea recibir solamente una copia, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Agente”. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048. Si es un beneficiario de RRB, llame a su oficina local de RRB al 1-877-772-5772.



Medicare valora su opinión. Si tiene comentarios generales sobre esta publicación, envíenos un correo electrónico a medicareandyou@cms.hhs.gov. Lamentablemente no podemos responder a cada comentario pero los tendremos en cuenta al redactar las futuras versiones.

**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 Producto No. 10050-S
Revisado en diciembre 2011

Manual Nacional de Medicare

- Copias disponibles en: Braille, audiocasete, letra grande (en inglés y español)
- ¿Cambió de domicilio? Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

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



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



10% de papel reciclado