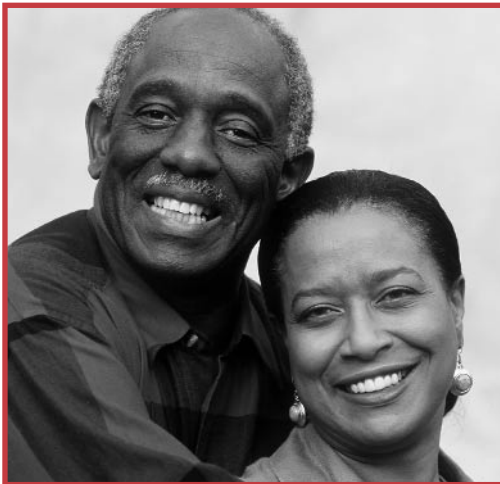


**Guía 2001 Sobre los Seguros de Salud Para Personas con Medicare**

# **Cómo Escoger Una Póliza Medigap**

**Para complementar El Plan Original de Medicare**

**¡NUEVO!  
6 Pasos Faciles A Seguir  
Para Comprar Una Póliza  
Medigap**



**ADMINISTRACIÓN PARA EL FINANCIAMIENTO  
DE SERVICIOS DE SALUD**  
*La Agencia Federal de Medicare*

# **B**ienvenidos a la Guía 2001 de Seguros de Salud para personas con Medicare

## “Selección de una Póliza Medigap”

Esta guía le muestra 6 pasos fáciles para comprar una póliza Medigap y otros consejos importantes para ayudarle a obtener la póliza Medigap que le convenga más. (ver páginas 20 a 32.)

**No necesita leer la información de esta guía de una sola vez.**

La Sección 1, que empieza en la página 9, tiene lo esencial que usted debe saber sobre las pólizas Medigap. Vea la lista de los temas en “El contenido de esta guía” en las páginas 2 y 3, y elija el que le interesa. Ahora, vaya leyendo el resto de la Sección 1, una página a la vez.

La Sección 2, que se inicia en la página 33, le brinda más detalles sobre las pólizas Medigap a aquellas personas que quieran más información.

## Cómo puede ayudarle esta guía

Medicare es un programa federal de seguros de salud para las personas con 65 años de edad o mayores, y ciertas personas con incapacidades, o con **enfermedad renal de etapa final** (fallo renal permanente). **Este programa paga la mayor parte del cuidado de su salud, pero no paga por todo. Existen algunos gastos que usted deberá pagar.** A estos gastos se les conoce como los gastos directos de su bolsillo.

Existen otros tipos de seguros, como lo son las pólizas Medigap, que pueden pagar los gastos que no están cubiertos por Medicare. Esta guía le informa sobre las “pólizas Medigap”, también conocidas como “seguro suplementario Medicare”. Una póliza Medigap es una póliza de seguro de salud vendida por una empresa privada para cubrir las faltas (o “gaps,” en inglés) de cobertura dentro del **Plan Original de Medicare**.

Esta guía le ayudará a comprender:

- Qué son las pólizas Medigap;
- Cómo las pólizas Medigap podrán ayudarle; y
- Qué hacer antes de comprar una póliza Medigap.

Ya sea que necesite o no una póliza Medigap será una decisión que solamente usted podrá tomar. Dependiendo de las necesidades de salud y de sus finanzas, quizá usted quiera continuar con su cobertura de empleado o jubilado, inscribirse en un **plan de salud administrado Medicare**, o un **plan Privado de Pago-por-Servicio**. Quizá sea una buena idea que tenga en cuenta sus necesidades de cuidado de salud a largo plazo. (ver página 37.)

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

- ▶ Lea cuidadosamente “Un vistazo a Medicare” en las páginas 4-8. Esto le ayudará a comprender lo que cubre y lo que no cubre Medicare.
- ▶ La Sección 1, que comienza en la página 9, contiene lo básico que usted debe saber sobre las pólizas Medigap.
- ▶ La Sección 2, que comienza en la página 33, le brinda más detalles sobre las pólizas Medigap para aquellos que quieran más información.
- ▶ Si desea más información sobre otros seguros de salud que no sean las pólizas Medigap, vea las páginas 34-39.

## El contenido de esta guía

<b>Un vistazo a Medicare</b> .....	4-8
Las dos partes de Medicare .....	4-7
Opciones de planes de salud Medicare .....	8
<b>Sección 1: Lo esencial</b> .....	9-32
Averigüe sobre las pólizas Medigap .....	10
¿Qué es una póliza Medigap? .....	10-11
¿Qué es Medicare SELECT? .....	11
¿Por qué necesito una póliza Medigap? .....	12-13
La cobertura de las pólizas Medigap .....	14
Lo que no cubren las pólizas Medigap .....	14
¿Quién puede comprar una póliza Medigap? .....	14
Sus opciones de planes Medigap .....	15
¿Cuánto cuestan las pólizas Medigap? .....	16-17
¿Cuándo es el mejor momento para comprar una póliza Medigap? .....	18-19
¿Debería inscribirme en la Parte B de Medicare e iniciar mi período de inscripción abierta Medigap si tengo 65 años o más y aún sigo trabajando? .....	19
¿Qué pasa si me inscribo en la Parte B y no aprovecho el período de inscripción abierta Medigap para comprar una póliza Medigap? .....	20
Pasos para comprar una póliza Medigap ¡NUEVO! .....	20-32
<b>Sección 2: Si desea saber más</b> .....	33-75
Otros tipos de seguro de salud .....	34-39
El costo de las pólizas Medigap: Maneras para calcular el precio de las pólizas .....	40-41
Cobertura Medigap por condiciones preexistentes .....	42
Cobertura acreditable .....	43
Pólizas Medigap para personas menores de 65 años con una incapacidad o enfermedad renal de etapa final (ESRD) .....	44-45
“Medigap Compare” en Internet .....	46
Sus derechos a comprar una póliza Medigap en situaciones específicas (que incluye la pérdida de su plan de salud administrado Medicare, o cobertura con un HMO) .....	47-58
Pérdida de la cobertura Medigap .....	59
Cambio de pólizas Medigap .....	60
Cobertura Medigap si usted se muda .....	61

## El contenido de esta guía

### Sección 2: Si usted desea saber más (continuación)

Cómo se pagan sus cuentas médicas .....	62
Contratos privados .....	63
Usted podrá pagar de su bolsillo por los servicios que no están cubiertos por Medicare .....	64
Cúidese de las prácticas ilegales de seguros .....	65
Discriminación .....	66
Cómo averiguar si una empresa aseguradora es confiable .....	67
Cuadros de cobertura de las Partes A y B de Medicare .....	68
Cuadro de la Parte A de Medicare .....	69
Cuadros de la Parte B de Medicare .....	70-72
Cuadro de planes Medigap estandarizados en Massachusetts .....	73
Cuadro de planes Medigap estandarizados en Minnesota .....	74
Cuadro de planes Medigap estandarizados en Wisconsin .....	75

### A dónde llamar para recibir ayuda

Números telefónicos para cada estado .....	76-77
--	-------

**Importante:** Al momento de imprimir esta información, los números telefónicos indicados en las paginas 76-77 eran los correctos. Algunas veces los números telefónicos pueden cambiar. Si desea obtener los números actualizados, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral) o visite el sitio [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en Internet y active “Helpful Contacts” solamente disponible en inglés (Contactos Útiles).

### Términos que usted debe conocer

El lugar en donde se definen las palabras en rojo .....	78-80
---	-------

### Índice

Una lista en orden alfabético de todos los temas en esta guía .....	81-82
---	-------

La Guía 2001 de Seguros de Salud para personas con Medicare “Selección de una Póliza Medigap” no es un documento legal. Las cláusulas oficiales del programa Medicare están contempladas en las leyes, reglamentos y regulaciones correspondientes.

# Un vistazo a Medicare

## Medicare tiene dos partes:

1. Parte A (Seguro de hospital)
2. Parte B (Seguro médico)

### 1. Parte A (Seguro de hospital) ayuda a pagar por:

- Atención médica como paciente en un hospital,
- Ciertos cuidados en un **centro de enfermería especializada**, (o “SNF” por su sigla en inglés)
- **Cuidado de hospicio**, y
- Algunos **cuidados de salud en el hogar**.

**Si desea más información sobre la cobertura de la Parte A de Medicare, vea el cuadro de cobertura de la Parte A en la página 69.**

### Cómo obtener la Parte A de Medicare

La mayoría de las personas obtienen automáticamente la Parte A al cumplir los 65 años. No tendrán que pagar la **prima** mensual de la Parte A, debido a que ellos (o su cónyuge) pagaron los impuestos de Medicare mientras estuvieron trabajando.

Si usted (o su cónyuge) no pagaron los impuestos correspondientes a Medicare mientras trabajaron y si tiene 65 años o más, usted podrá comprar la Parte A. Si usted no está seguro si tiene la Parte A, fíjese en su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare. En el extremo inferior izquierdo de la tarjeta se puede leer “Hospital Parte A”. También puede llamar a la Administración del Seguro Social al número gratuito 1-800-772-1213, o a la oficina del Seguro Social en su localidad para más información sobre cómo comprar la Parte A. Si usted obtiene los beneficios a través de la Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios, comuníquese con la oficina RRB en su localidad o al teléfono 1-800-808-0772.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

## Un vistazo a Medicare

### 2. Parte B (Seguro médico) ayuda a pagar por:

- Servicios de un médico,
- Atención en un hospital para pacientes ambulatorios, y
- Algunos servicios médicos que la Parte A no cubre (como algunos **cuidados de salud en el hogar**).

La Parte B paga por estos servicios y suministros cubiertos, cuando son **médicamente necesarios**.

En el 2001, usted paga una **prima** mensual de \$50.00 por la Parte B de Medicare. Las primas pueden cambiar de año en año. Para algunas personas, esta cantidad puede ser mayor si no esogió por la Parte B cuando fueron elegibles por primera vez, a la edad de 65 años. El costo de la Parte B puede aumentar hasta 10% por cada período de 12 meses que usted tuvo la oportunidad de inscribirse en la Parte B pero no lo hizo, con excepción de casos especiales (ver páginas 6 y 7, “El período de inscripción especial para la Parte B”). Usted tendrá que pagar este 10% adicional por el resto de su vida.

**Si desea más información sobre la cobertura de la Parte B de Medicare, vea los cuadros de cobertura de la Parte B de Medicare en las páginas 70 a la 72.**

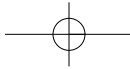
### Cómo obtener la Parte B de Medicare

Usted será elegible automáticamente para la Parte B si:

- Es elegible para la Parte A con **prima** gratuita.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o residente permanente de 65 años de edad o mayor.

Justo antes de cumplir los 65 años, usted tendrá que decidir si inscribirse o no en la Parte B. Recuerde que el costo de la Parte B se aumentará en un 10% por cada período de 12 meses que usted tuvo oportunidad de inscribirse en la Parte B pero no lo hizo, excepto en casos especiales (ver páginas 6 y 7, “El período especial de inscripción de la Parte B”). Usted tendrá que pagar este 10% adicional por el resto de su vida. Si escoje por inscribirse en la Parte B, Medicare le descontará esta **prima** de su cheque del Seguro Social, Retiro Ferroviario, o jubilación civil. Si usted no obtiene ninguno de estos pagos, cada 3 meses usted recibirá una cuenta por la prima de la Parte B.

**(continúa en la página 6)**



## Un vistazo a Medicare

### Cómo obtener la Parte B de Medicare (continuación)

Si no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible por primera vez, usted podrá inscribirse durante cualquiera de estos 2 períodos de inscripciones:

1. El período de inscripción general
2. El período de inscripción especial

#### 1. El período inscripción general para la Parte B

Este período va del 1 de enero y hasta el 31 de marzo de cada año. Durante este tiempo, usted podrá inscribirse en la Parte B al acudir a su oficina local del Seguro Social. Su cobertura de la Parte B se iniciará a partir del 1 de julio de ese año. Recuerde, el costo de la Parte B aumentará un 10% cada período de 12 meses en los que usted pudo haberse inscrito en la Parte B pero no lo hizo, con excepción de algunos casos en especial (vea a continuación). Usted tendrá que pagar este 10% adicional por el resto de su vida.

#### 2. El período de inscripción especial para la Parte B

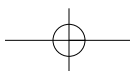
Usted podrá inscribirse durante este período si usted no adquirió la Parte B cuando fue elegible por primera vez porque usted o su cónyuge estaban trabajando y estaban cubiertos con un plan de salud de grupo de empleador o sindicato.

Usted podrá inscribirse en la Parte B durante el período de inscripción especial:

- En cualquier momento mientras esté cubierto por un plan de salud de grupo de empleador o sindicato o por medio del empleo **actual o activo** de su cónyuge, o
- Dentro de los 8 meses de la fecha en que terminó su cobertura del plan de salud de grupo de empleador o sindicato, o al término de su empleo (lo que ocurra primero).

**Nota:** Si usted sigue trabajando y piensa conservar la cobertura que le ofrece el plan de salud de grupo de

(continúa en la página 7)





## Un vistazo a Medicare

### 2. El período de inscripción especial para la Parte B (continuación)

empleador, tendrá que hablar con un experto para que le ayude a decidir cuál es el mejor momento para inscribirse en la Parte B. Cuando usted se inscriba en la Parte B, usted iniciará automáticamente su **período de inscripción abierta Medigap**. Una vez que se haya iniciado este período, no podrá ser cambiado o reiniciado. Consulte la página 18 para averiguar más sobre su período de inscripción abierta de Medigap.

Si usted está incapacitado y trabajando (o está cubierto por medio de un miembro familiar que esté trabajando), se aplicarán las reglas del período de inscripción especial.

La mayoría de las personas que se inscriben en la Parte B durante el período de inscripción especial, no tendrán que pagar primas más altas. Sin embargo, si usted cumplió con los requisitos, pero no se inscribió en la Parte B durante el período de inscripción especial, el costo de la Parte B puede aumentar.

Llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778) si desea más información sobre las inscripciones a las Partes A y B de Medicare.

# Un vistazo a Medicare

## Opciones de planes de salud Medicare

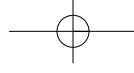
Dependiendo del lugar en donde viva, usted puede obtener los servicios de salud de una de estas 3 maneras:

1. El **Plan Original de Medicare** (también conocido como pago-por-servicio),
2. Un **plan de salud administrado Medicare** (como lo es un HMO), o
3. Un **plan Privado de Pago-por-Servicio**.

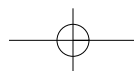
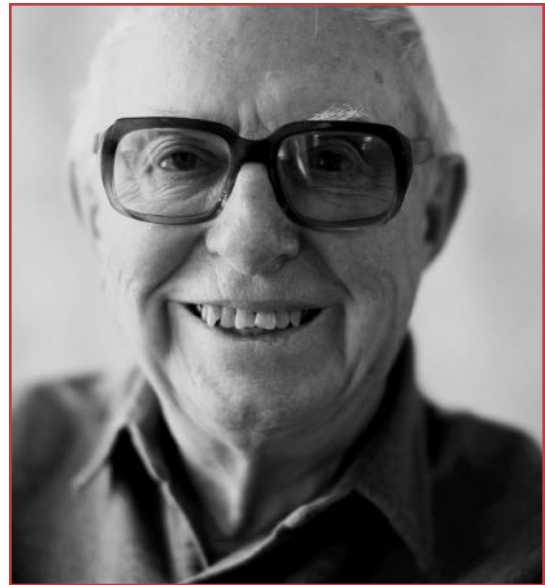
**Nota: Las pólizas Medigap solo ayudarán a pagar sus gastos de salud, si usted está en el Plan Original de Medicare.**

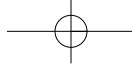
Para más información sobre las opciones de planes de salud de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877 486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral). Solicite un ejemplar GRATUITO del manual “**Medicare y Usted**”. Usted podrá también leer o imprimir una copia de esta guía en el sitio Internet [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y active “Publicaciones.”

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.



# Sección 1: Lo esencial





## Sección 1: Lo esencial

### Averigüe sobre las pólizas Medigap

#### ¿Qué es una póliza Medigap?

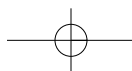
Una póliza Medigap es una póliza de seguro de salud vendida por una empresa privada para completar las faltas (“gaps,” en inglés) de cobertura del **Plan Original de Medicare**. La portada de la Póliza Medigap deberá indicar claramente que se trata de un “Seguro Suplementario de Medicare.”

Existen 10 pólizas Medigap estandarizadas de la “A” a la “J”. **Cada uno de los planes de la A a la J contiene un conjunto distinto de beneficios estandarizados.** El Plan A ofrece la menor cantidad de beneficios y el Plan J ofrece la mayor cantidad de beneficios. **El cuadro en la página 15 muestra los beneficios dentro de los 10 planes estandarizados de Medigap.**

Si usted vive en **Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin**, tendrá a su disposición diferentes planes Medigap que son vendidos en su estado. Si desea más información vea las páginas 73-75.

Al comprar una póliza Medigap, usted le pagará una **prima** a la empresa de seguros. Mientras que usted pague la prima, una póliza comprada después de 1990 se renovará automáticamente año tras año. Esto significa que su cobertura continuará cada año mientras que usted siga pagando su prima. También seguirá pagando su prima mensual correspondiente a la Parte B de Medicare.

Sin embargo, en algunos estados, las empresas de seguros podrían negarse a renovar las pólizas Medigap que usted haya adquirido antes de 1990. La ley en estos estados no establece que en el momento de haber vencido estas pólizas debían ser renovadas automáticamente cada año (renovación garantizada).



## Sección 1: Lo esencial

### ¿Qué es una Póliza Medigap? (continuación)

Las pólizas Medigap solo ayudarán a pagar los gastos de salud, siempre que usted esté inscrito en el **Plan Original de Medicare**. Usted no necesitará adquirir una póliza Medigap si está en un:

- **Plan de salud administrado Medicare**, o
- **Plan Privado de Pago-por-Servicio**.

Es ilegal que una persona le venda una póliza Medigap si saben que usted está inscrito en uno de estos planes.

Si usted está inscrito en Medicaid, es ilegal que una empresa de seguros le venda una póliza Medigap, excepto bajo ciertas circunstancias (ver página 39).

#### ¿Si compro una póliza Medigap, puedo seguir viendo al mismo médico?

En la mayoría de los casos, sí. Si usted está inscrito en el **Plan Original de Medicare** y además tiene una póliza Medigap, usted podrá acudir a cualquier médico, hospital, o proveedor de salud que acepte Medicare. Pero, si usted tiene el tipo de póliza Medigap llamada **Medicare SELECT**, tendrá que acudir a hospitales específicos y, en algunos casos, a médicos específicos, para que pueda usted recibir todos los beneficios del seguro.

#### ¿Qué es Medicare SELECT?

**Medicare SELECT** es un tipo de póliza Medigap a su disposición en algunos estados. Si compra una póliza Medicare SELECT, usted estará comprando uno de los 10 planes estandarizados de Medigap clasificados de la A a la J. Con una póliza Medicare SELECT, generalmente usted debe acudir a hospitales específicos y, en algunos casos, a médicos específicos para que pueda recibir todos los beneficios del seguro (excepto en caso de una emergencia). Por esta razón, las pólizas Medicare SELECT generalmente cuestan menos.

Si usted no acude al hospital o médico de Medicare SELECT para aquellos casos que no sean de emergencia, tendrá que pagar lo que el **Plan Original de Medicare** no cubre. El Plan Original de Medicare pagará su parte de los gastos aprobados, sin importar el hospital o médico que usted haya seleccionado.

La palabras en rojo se definen en las páginas 78-80.

## Sección 1: Lo esencial

### Medigap no es...

- La cobertura que usted obtiene por medio de su empleador o sindicato.
- Un **plan de salud administrado Medicare** (como lo es un HMO).
- Un **plan Privado de Pago-por-Servicio**.
- La Parte B de Medicare.

### ¿Por qué necesito una póliza Medigap?

Si usted ya está inscrito en el **Plan Original de Medicare**, una póliza Medigap puede ayudarle a:

- Reducir los gastos directos de su bolsillo.
- Obtener más cobertura de cuidado de salud.

Quizá le convenga comprar una póliza Medigap, debido a que Medicare no pagará por todos los gastos de salud. Dentro del Plan Original de Medicare existen faltas (“gaps,” en inglés) de cobertura o gastos que usted deberá pagar. El cuadro en la página 13 le muestra algunos ejemplos de estas “gaps” de cobertura.

Lo que usted pague como gasto directo de su bolsillo dentro del Plan Original de Medicare dependerá de:

- Si su médico o proveedor acepta la “**asignación**” en su caso o acepta la **cantidad aprobada por Medicare** como pago total por sus servicios.
- La frecuencia con que necesite atención médica.
- El tipo de cuidado de salud que usted necesita.
- Si compra o no una póliza Medigap.
- La clase de póliza Medigap que compra.
- Si tiene o no otro seguro de salud.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

## Sección 1: Lo esencial

### Faltas (“gaps,” en inglés) de cobertura en el Plan Original de Medicare

Ejemplos de las faltas (“gaps”) de cobertura en los servicios cubiertos por Medicare (lo que usted deberá pagar)	Una póliza Medigap ayuda a pagar
Estadía en un hospital ▶ \$792 de 1 a 60 días ▶ \$198 diarios de 61 a 90 días ▶ \$396 diarios de 91 a 150 días	✓
<b>Coseguro</b> por servicio de enfermería especializada ▶ Hasta \$99 diarios de 21 a 100 días	✓
Sangre ▶ Las primeras 3 pintas	✓
<b>Deducible</b> anual de la Parte B ▶ \$100 al año	✓
Servicios cubiertos de la Parte B ▶ 20% de la <b>cantidad aprobada por Medicare (coseguro)</b> en la mayoría de los servicios cubiertos ▶ 50% de coseguro para los pacientes ambulatorios para el tratamiento de la salud mental ▶ <b>Copago</b> por los servicios en un hospital para paciente ambulatorio	✓

**Nota:** Algunas pólizas Medigap también cubren otros beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare como:

- Exámenes físicos anuales de rutina.
- Recuperación en su casa.
- El **cargo en exceso** de la Parte B (la diferencia entre lo que cobra su médico y la **cantidad aprobada por Medicare**). El cargo excesivo solo será aplicable si su médico no acepta la **asignación**.
- Y más (ver página 15).

**Usted no necesita una póliza Medigap si está en un plan de salud Medicare que sea diferente al Plan Original de Medicare.**

## Sección 1: Lo esencial

### La cobertura de las pólizas Medigap

Cada póliza Medigap estandarizada deberá cubrir los beneficios básicos (ver cuadro en página 15). Las pólizas Medigap pagarán la mayoría o todos los gastos de **coseguro** del **Plan Original de Medicare** y el **copago** como paciente ambulatorio. Estas pólizas también pueden pagar los deducibles del Plan Original de Medicare. Algunas pólizas cubren beneficios adicionales para ayudar a pagar por aquellas cosas no cubiertas por Medicare, como las medicinas recetadas. Si usted vive en Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin, vea las páginas 73 a la 75.

### Lo que no cubren las pólizas Medigap

- Cuidado a largo plazo
- Cuidado de la vista o dental
- Aparatos de asistencia auditiva
- Enfermería privada
- Cobertura ilimitada de medicinas recetadas

### ¿Quién puede comprar una póliza Medigap?

Para comprar una póliza Medigap, generalmente tendrá que tener la Parte A y Parte B de Medicare. Si usted tiene menos de 65 años y está incapacitado, o sufre de ESRD (**enfermedad renal de etapa final**), quizá no pueda comprar una póliza Medigap hasta que cumpla los 65 años de edad.

**Vea las páginas 44 y 45 si desea saber más sobre las pólizas Medigap para las personas menores de 65 años.**

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

**Recuerde, las pólizas Medigap solo funcionan con el Plan Original de Medicare.**



## Sus opciones de planes Medigap - los planes A a la J de Medigap

Las pólizas Medigap (que incluye a Medicare SELECT) solamente podrán ser vendidas en 10 planes estandarizados. Esta cuadro le dará un vistazo rápido de todos los planes Medigap y sus beneficios. Lea para averiguar qué beneficios hay en cada plan. **Para información sobre beneficios adicionales de planes Medigap en el cuadro, ver las páginas 27 y 28. Nota:** Esta cuadro no se aplica si usted vive en Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin (ver páginas 73 a la 75).

### Beneficios básicos: (Incluidos en todos los planes)

- **Cuidado de hospital para paciente interno:** Cubre el **coseguro** de la Parte A y el costo de 365 días adicionales de cuidado de hospital durante el resto de su vida y después de terminar su cobertura con Medicare.
- **Gastos médicos:** Cubre el **coseguro** de la Parte B (generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare) o el monto del copago, el que puede variar según el servicio.
- **Sangre:** Cubre las primeras 3 pintas de sangre cada año.

A	B	C	D	E	F*	G	H	I	J*
Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico
		Coseguro por cuidado de enfermería especializado	Coseguro por cuidado de enfermería especializado	Coseguro por cuidado de enfermería especializado	Coseguro por cuidado de enfermería especializado	Coseguro por cuidado de enfermería especializado	Coseguro por cuidado de enfermería especializado	Coseguro por cuidado de enfermería especializado	Coseguro por cuidado de enfermería especializado
	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A
		Deducible de la Parte B			Deducible de la Parte B				Deducible de la Parte B
					Exceso de la Parte B (100%)	Exceso de la Parte B (80%)		Exceso de la Parte B (100%)	Exceso de la Parte B (100%)
		Emergencia en los viajes al extranjero	Emergencia en los viajes al extranjero	Emergencia en los viajes al extranjero	Emergencia en los viajes al extranjero	Emergencia en los viajes al extranjero	Emergencia en los viajes al extranjero	Emergencia en los viajes al extranjero	Emergencia en los viajes al extranjero
			Recuperación en su casa			Recuperación en su casa		Recuperación en su casa	Recuperación en su casa
							Beneficio básico de las medicinas (Límite \$1,250)	Beneficio básico de las medicinas (Límite \$1,250)	Extensión del beneficio de las medicinas (Límite \$3,000)
				Cuidado preventivo					Cuidado preventivo

\* Los planes F y J también ofrecen una opción con un deducible alto (ver página 17). Llame al Departamento de Seguros del Estado para más información (ver página 77).

## Sección 1: Lo esencial

### ¿Cuánto cuestan las pólizas Medigap?

El costo de las pólizas Medigap varía dependiendo de su edad, el lugar en donde vive, y la empresa de seguros a la que le compró su póliza. Puede haber diferencias en las **primas** que se cobran por exactamente la misma cobertura. Al comparar las primas, asegúrese de que usted esté comparando las mismas pólizas Medigap.

Las empresas aseguradoras han establecido 3 maneras para establecer los precios de las pólizas, tomando como base su edad. En general, las pólizas que no están clasificadas por edad (también llamadas clasificación comunitaria) son las más baratas durante el resto de su vida. Para más detalles, ver páginas 40 y 41.

#### Otros factores que pueden afectar el costo:

- **Si usted es hombre o mujer.** Algunas empresas ofrecen descuentos a las mujeres.
- **Si usted fuma o no.** Algunas empresas ofrecen descuentos para los no fumadores.
- **Si usted está casado(a) o no.** Algunas empresas ofrecen descuentos a los matrimonios.
- **Reaseguro médico.** Este es un proceso que una empresa pone en práctica, para revisar las condiciones de su salud y su historia clínica, con el fin de aceptar o no su solicitud para seguros.

En el caso del reaseguro médico, generalmente usted deberá responder a muchas preguntas médicas. Será necesario que llene cuidadosamente esta solicitud. Algunas empresas quizá quieran revisar sus antecedentes médicos antes de venderle una póliza. La empresa aseguradora puede usar esta información para establecerle un período de espera debido a sus **condiciones preexistentes**, si así lo permite la ley en su estado. La empresa aseguradora también puede usar esta información para decidir cuánto le costará su póliza Medigap.

Las empresas aseguradoras pueden “asegurar médicamente” cualquier póliza Medigap en cualquier momento incluso si no está en su período de inscripción abierta, o cuando usted tenga el derecho a comprar una póliza Medigap (ver página 18).

## Sección 1: Lo esencial

### ¿Cuánto cuestan las pólizas Medigap? (continuación)

#### Otros factores que pueden afectar el costo (continuación)

La agencia de seguros no podrá negarle su cobertura o cobrarle más por una póliza si usted está dentro de su período de inscripción abierta Medigap, o cuando usted tenga el derecho de comprar una póliza Medigap.

- **La compra de una póliza con un deducible alto**

Las agencias de seguros pueden ofrecerle una “opción con un deducible alto” en los Planes F y J de Medigap (ver cuadro en la página 15). Si escoge por esta opción, usted pagará un **deducible** de \$1,580 para el año 2001, antes de que el plan pueda pagar por cualquier servicio. Esta cantidad puede aumentar cada año.

Las pólizas con la opción de un deducible alto frecuentemente cuestan menos, pero si usted se enferma, los gastos directos de su bolsillo serán más elevados y quizá no pueda tener la opción de cambiar planes.

Además de los \$1,580 como deducible que deberá pagar por la opción a un deducible alto dentro de los Planes F y J, usted deberá también pagar los siguientes deducibles:

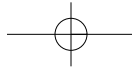
- Medicinas recetadas (\$250 por año dentro del Plan J), y
- Emergencia en los viajes al extranjero (\$250 al año dentro de los Planes F y J).

- **La compra de una póliza Medicare SELECT**

**Medicare SELECT** es un tipo de póliza Medigap disponible en algunos estados. Si compra una póliza Medicare SELECT, usted estará adquiriendo uno de los 10 planes estandarizados de Medigap clasificados de la A a la J. Con una póliza Medicare SELECT, usted tendrá que ir a hospitales específicos y, en algunos casos, a médicos específicos, para recibir todos los beneficios del seguro (excepto en caso de una emergencia). Por esta razón, las pólizas Medicare SELECT generalmente cuestan menos.

Si usted no acude al hospital o médico de Medicare SELECT para aquellos casos que no sean de emergencia, usted tendrá que pagar lo que Medicare no cubre. Medicare pagará su participación de los gastos aprobados, sin importar el hospital o médico que usted haya seleccionado.

La palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.



## Sección 1: Lo esencial

### ¿Cuándo es el mejor momento para comprar una póliza Medigap?

El mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante su **período de inscripción abierta Medigap**.

El **período de inscripción abierta Medigap** dura 6 meses. Se inicia el primer día del mes en que usted:

1. Tenga 65 años o más, y
2. Esté inscrito en la Parte B de Medicare.

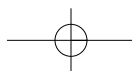
Una vez que se haya iniciado su período de 6 meses de inscripción abierta Medigap, este no podrá ser cambiado.

Durante este período, una empresa aseguradora no podrá:

- Negarle cobertura,
- Ponerle condiciones a la póliza (como un período de espera antes de que se inicie la cobertura), o
- Cambiar el precio de la póliza debido a sus problemas de salud pasados o presentes.

Si usted compra una póliza durante su **período de inscripción abierta Medigap**, la empresa aseguradora deberá acortar el período de espera por sus **condiciones preexistentes** en la misma proporción que la cobertura que usted tenga (cobertura acreditable). Vea la página 42 si desea más información sobre condiciones preexistentes.

Si usted desea saber más sobre la cobertura acreditable, vea la página 43. Si usted está incapacitado o sufre de ESRD (**enfermedad renal de etapa final**), vea las páginas 44 y 45.



## Sección 1: Lo esencial

### Cuándo es el mejor momento para comprar una póliza Medigap? (continuación)

#### Ejemplo del período de inscripción abierta Medigap:

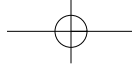
El Sr. Pérez tiene 65 años de edad y sufre del corazón. Recientemente se inscribió en la Parte B de Medicare y su cobertura se inicia el 1 de marzo del año 2001. Su **período de inscripción abierta Medigap** es del 1 de marzo al 31 de agosto. El Sr. Pérez tiene hasta el 31 de agosto del 2001 para comprar una póliza Medigap sin que la enfermedad cardíaca que padece le afecte el costo o tipo de póliza que pueda seleccionar. Después del 31 de agosto del 2001, el Sr. Pérez no tendrá esa misma garantía.

#### Cómo averiguar si está dentro del período de inscripción abierta Medigap

Su tarjeta Medicare color rojo, blanco y azul muestra las fechas en las que se inició la cobertura de la Parte A y la Parte B. Si usted tiene 65 años o más, agréguele 6 meses a la fecha en la que se inicia la cobertura de la Parte B para determinar si usted está dentro del **período de inscripción abierta Medigap**. Si esa fecha es en el futuro, usted aún estará dentro del período de inscripción abierta Medigap. Si esa fecha fue en el pasado, usted habrá perdido su período de inscripción abierta Medigap.

### ¿Debería inscribirme en la Parte B de Medicare e iniciar mi período de inscripción abierta Medigap si tengo 65 años de edad o más y aún sigo trabajando?

Quizá le convenga esperar a inscribirse en la Parte B de Medicare si usted está cubierto por un empleador o un sindicato de acuerdo con el empleo **actual o activo** de su cónyuge. Su período de inscripción abierta Medigap no se iniciará hasta que usted se haya inscrito en la Parte B de Medicare. Recuerde, una vez que usted cumpla los 65 años de edad o más y se haya inscrito en la Parte B, el período de inscripción abierta Medigap se dará por iniciado y no podrá ser cambiado.



## Sección 1: Lo esencial

### ¿Qué pasa si me inscribo en la Parte B y no aprovecho el período de inscripción abierta Medigap para comprar una póliza Medigap?

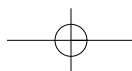
Si usted solicitó una póliza Medigap después de haber terminado su período de inscripción abierta Medigap, a la empresa aseguradora de Medigap se le permite poner en práctica el reaseguro médico para decidir si podrán aceptar su solicitud, y cuánto le cobrarían por la póliza. Si su salud es buena, la empresa seguramente aceptará su solicitud, pero no hay garantía de que pueda comprar la póliza.

### Pasos para comprar una póliza Medigap

Comprar una póliza Medigap es una decisión muy importante. Solamente usted podrá decidir si una póliza Medigap sea el seguro adecuado para cubrir su cuidado de salud. Si usted decide comprar una póliza Medigap, compare precios cuidadosamente. Busque una póliza que pueda pagar y que le brinde la cobertura que mejor responda a sus necesidades. Mientras compara los precios de una póliza Medigap, recuerde que las empresas aseguradoras pueden cobrarle diferentes cantidades por la misma póliza Medigap.

Siga los pasos 1 al 6 indicados en las páginas 21 a la 32 para comprar una póliza Medigap.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 78-80.



## Sección 1: Lo esencial

### Pasos para comprar una póliza Medigap (continuación)



#### Paso 1. Determine cuánto gasta anualmente en el cuidado de su salud

Use la hoja de cálculo en la página 23 para anotar los gastos anuales de su bolsillo para el cuidado de su salud. Si usted no sabe cuál es el gasto de su bolsillo durante el año, use la hoja de cálculo como una guía para identificar los gastos y servicios que usted haya pagado. (Vea “Cómo usar la hoja de cálculo” a continuación y en la página 22.) Esto le ayudará a determinar cuáles son los beneficios que usted necesita. También le servirá como una guía cuando empiece a comparar los precios para comprar una póliza Medigap que sea la adecuada para usted.

**Importante:** Usted también tendrá que pensar en sus necesidades de salud en el futuro. A medida que envejece, los gastos por el cuidado de su salud pueden aumentar.

#### Cómo usar la hoja de cálculo

- La columna 1 menciona los gastos por el cuidado de su salud y los servicios por los que usted haya pagado directamente de su bolsillo durante el año pasado. Usted podrá también sumarle otros gastos o servicios al cuidado de su salud que fueron utilizados el año pasado (o en años pasados) para tener en cuenta al seleccionar una póliza Medigap. Anote estos gastos o servicios en la columna “Otros.”

#### Si usted utiliza la columna 2:

- Anote el costo de los servicios que haya utilizado el año pasado. Si usted no sabe cuáles fueron sus gastos directos, no haga caso a esta columna y use la columna 3 (ver página 22).
- Vea las cantidades que usted anotó en la columna 2. Las columnas con las cantidades más grandes serán las que determinen los beneficios que usted necesita en estos momentos dentro de la póliza Medigap. Recuerde, usted también tendrá que considerar sus necesidades futuros de cuidado de salud (ver páginas 24 y 25). Por ejemplo:

(continúa en la página 22)



## Sección 1: Lo esencial

### Cómo usar la hoja de cálculo (continuación)

Supongamos que usted no tuvo que internarse el año pasado en un hospital, por lo tanto usted no tuvo que pagar un **deducible** por hospitalización dentro de la Parte A de Medicare. El año próximo, o alguna vez en el futuro, quizá usted deberá hospitalizarse.

Si usted no compró una póliza Medigap que cubra el **deducible** de la Parte A (hospital), tendrá que pagar (\$792 en el año 2001) por cada **período de beneficio**.

### Si usted utiliza la columna 3:

- Verifique nuevamente los gastos y servicios que usted haya pagado el año pasado (o años anteriores) directamente de su bolsillo, usando como referencia la lista en la columna 1. Si algunos gastos o servicios no son mencionados en esta columna, anótelos en la columna 1 dentro de las hileras marcadas "Otros."
- Vea los gastos y servicios que usted pagó y compárelos. Estos son los beneficios que usted deberá tomar en consideración y pensarlos bien antes de comprar la póliza Medigap.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.



## Sección 1: Lo esencial

### Hoja de cálculo de los gastos anuales por el cuidado de su salud



Columna 1	Columna 2	Columna 3
Gastos y servicios por cuidado de salud	Gastos del año pasado	Los gastos y servicios por cuidado de salud que pagué directamente de mi bolsillo
Deducible Medicare Parte A (hospital)	\$	
Deducible anual Medicare Parte B	\$	
Medicinas recetadas	\$	
Coseguro por servicios de enfermería especializada (los servicios especializados al cuidado de la salud o de rehabilitación que usted recibió.)	\$	
Emergencia durante los viajes al extranjero (cualquier servicio de emergencia de la salud que usted haya recibido fuera de los Estados Unidos.)	\$	
Recuperación en su casa (ayuda con las actividades diarias que recibió en su casa, como bañarse y vestirse, si usted ya está recibiendo el beneficio de visitas a domicilio cubiertas por Medicare.)	\$	
El cargo en exceso de la Parte B de Medicare (la diferencia entre lo que le cobre su médico y la cantidad aprobada por Medicare.)	\$	
Cuidado preventivo (como exámenes médicos anuales, exámenes de evaluación de colesterol, exámenes de oído, exámenes de evaluación de la diabetes, y el examen del funcionamiento de la tiroides.)	\$	
Otros:	\$	
Otros:	\$	

(continúa en la página 24)

## Sección 1: Lo esencial



### Paso 1. Determine cuánto gasta anualmente en el cuidado de su salud (continuación)

Ahora que usted ha completado el cuadro (vea la página 23), tendrá una buena idea de los tipos de beneficios que usted deberá buscar en la póliza Medigap. Pero no se detenga ahí. **Piense en los beneficios que pueda necesitar en el futuro.**

A continuación le daremos una lista de beneficios. Junto a cada beneficio hemos anotado la razón por la cual usted necesitará de este beneficio. Piense en los beneficios que pueda necesitar en el futuro. Agregue los beneficios que ya haya comprobado en la lista a su lista de beneficios que quisiera dentro de su póliza Medigap.

**Tome en consideración su historia clínica, la historia clínica de su familia, y los riesgos de la salud, cuando piense en los gastos futuros para el cuidado de su salud.**

- Deducible de la Parte A de Medicare (hospital):** Usted puede necesitar este beneficio si tiene que ingresar a un hospital. El deducible de la Parte A para el año 2001 es de \$792. Esta cantidad puede cambiar cada año. Usted deberá pagar el deducible por cada **período de beneficio**.
- Deducible anual de la Parte B de Medicare:** Usted debe tener en cuenta este beneficio (que asciende a \$100 en el año 2001) si está inscrito en la Parte B de Medicare. Cada año tendrá que pagar el deducible de la Parte B antes de que Medicare pague su parte. Si tiene este beneficio, el plan Medigap pagaría esta cantidad (deducible) cada año.
- Medicinas recetadas:** Usted debe tener en cuenta este beneficio si sus gastos por medicinas recetadas son muy elevados. Debido a que cubre la mitad de los gastos por medicinas después del **deducible** anual, para obtener el beneficio total bajo los Planes H e I, el costo de sus medicinas tendrá que ser de \$2,750 en el transcurso de un año (usted pagará \$1,250 más \$250, y el plan pagará \$1,250). Para obtener todos los beneficios del Plan J, usted

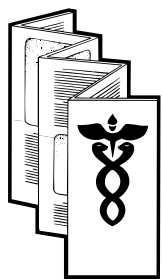
## Sección 1: Lo esencial

### Paso 1. Determine cuánto gasta anualmente en el cuidado de su salud (continuación)

tendrá que gastar por lo menos \$6,250 en medicinas en el transcurso de un año (usted pagará \$3,000 más \$250, y el plan pagará \$3,000). Ver la página 28 para más información acerca de cuáles planes de Medigap cubren las medicinas recetadas.

- Coseguro por enfermería especializada:** Tenga en cuenta este beneficio por si fuera necesario que acuda a un centro de enfermería especializada (SNF por su sigla en inglés) después de haber estado hospitalizado y haber permanecido en un centro SNF más de 20 días.
- Emergencia durante los viajes al extranjero:** Si usted viaja fuera de los Estados Unidos, este beneficio podría ahorrarle dinero si fuera de necesitar algún servicio de emergencia.
- Recuperación en su casa:** Este beneficio cubre los cuidados adicionales en su casa, si usted ya recibe los servicios de cuidados en su casa cubiertos por Medicare. Pagará hasta \$40 por visita y \$1,600 al año. Este beneficio puede costarle mucho dinero y quizá no valga la pena el pago de primas adicionales.
- Cargo en exceso de la Parte B de Medicare:** Según las leyes federales, los médicos que no aceptan la “asignación” (cantidad aprobada por Medicare como pago total) pueden cobrarle hasta un 15% además de la cantidad aprobada. Quizá sería buena idea que pensara en este beneficio si sus médicos no aceptan la asignación. Este beneficio también puede serle útil si necesitará ser hospitalizado y no sabe si los médicos que lo tratan aceptan o no la asignación.
- Cuidados preventivos:** Este beneficio ayuda a pagar por exámenes médicos de rutina y pruebas para mantenerlo en buena salud.

## Sección 1: Lo esencial



### Paso 2: Revise los planes Medigap y decida cuáles beneficios desea o necesita

Si usted decide comprar una póliza Medigap, asegúrese de que esta cubra los beneficios que usted desea o necesita. Si usted necesita ayuda, llame su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea la página 76). Este programa le presta servicios de asesoría gratuitos para ayudarle a decidir cual póliza Medigap es la mejor para usted.

**Nota:** Si usted vive en Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin, vea las páginas 73 a la 75 para consultar los planes Medigap que se ofrecen a la venta en su estado.

Recuerde, todas las pólizas Medigap cubren estos beneficios básicos (esenciales):

- **Coseguro** de la Parte A por los días de una estadía en el hospital 61-90 (\$198 por día en el año 2001), y por los días 91 a 150 (\$396 por día en 2001) por una estadía en el hospital.
- 100% de los costos de hasta 365 días adicionales de internación en un hospital durante su vida, después de haber usado (agotado) todos los beneficios de hospitalización Medicare.
- Las primeras 3 pintas de sangre o cantidades equivalentes en células rojas de sangre embolsadas por año, a menos que esa sangre sea repuesta.
- La cantidad del **coseguro** o **copago** para los servicios de la Parte B, después de haber pagado el **deducible** anual de la Parte B de \$100.

La mayoría de las pólizas Medigap también cubren beneficios adicionales. El cuadro en las páginas 27 y 28 muestran estos beneficios adicionales en la columna a la izquierda, y los planes Medigap que cubren los mismos en la columna a la derecha.

1. Marque los beneficios adicionales que usted necesite o desee (de la hoja de cálculo en el Paso 1).
2. Consulte el cuadro en la página 15 para los planes Medigap y sus beneficios. En ese mismo cuadro, dibuje un círculo en los beneficios que usted haya marcado en el cuadro de las páginas 27 y 28.
3. Tomando como base los beneficios marcados con un círculo, encuentre el plan que la mayoría o todos los beneficios que usted necesite. **El plan que usted seleccione puede que no atienda todas sus necesidades. Quizá será necesario renunciar o comprar beneficios adicionales para lograr un plan que se acerque lo más posible a lo que necesita.**

## Sección 1: Lo esencial

### Beneficios adicionales en la póliza Medigap

**Nota:** Si usted vive en Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin, vea las páginas 73 a la 75 para consultar los planes Medigap que se ofrecen a la venta en su estado.

Las pólizas Medigap pagan:	a través de los planes:
<p><b>Deducible de la Parte A de Medicare (hospital)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$792 en el 2001. Esta cantidad puede cambiar cada año.</li> </ul>	B, C, D, E, F, G, H, I, y J
<p><b>Coseguro para el pago de enfermería especializada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta \$99 diarios de 21-100 días en un <b>centro de enfermería especializada</b>.</li> </ul>	C, D, E, F, G, H, I, y J
<p><b>Deducible de la Parte B de Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 por año.</li> </ul>	C, F, y J
<p><b>Emergencia durante los viajes al extranjero (cuidados de emergencia fuera de los Estados Unidos)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% de los gastos por cuidados de emergencia durante los primeros 60 días de cada viaje (después de que usted pague \$250 como deducible).</li> <li>• Hasta \$50,000 durante toda su vida.</li> </ul>	C, D, E, F, G, H, I, y J
<p><b>Recuperación en su casa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los gastos por la ayuda con las actividades diarias como bañarse y vestirse, si ya recibe <b>cuidado de salud</b> en el hogar por Medicare.</li> <li>• Hasta 8 semanas de ayuda en su casa, después de determinar que el cuidado especializado ha dejado de ser necesario.</li> <li>• Pagará hasta \$40 por visita y \$1,600 al año.</li> </ul>	D, G, I, y J

(continúa en la página 28)

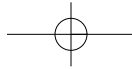
## Sección 1: Lo esencial

### Beneficios adicionales en la póliza Medigap (continuación)

Las pólizas Medigap pagan:	a través de los planes:
<p><b>Cargo en exceso de la Parte B de Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La diferencia entre lo que le cobre su médico y la <b>cantidad aprobada por Medicare</b>.</li> <li>Los Planes F, I, y J pagarán todos los cargos excesivos.</li> <li>El Plan G pagará el 80% de los cargos excesivos.</li> </ul>	F, G, I, y J
<p><b>Cuidados preventivos</b> (Como exámenes médicos anuales de rutina, exámenes de evaluación del suero colesterol, exámenes de evaluación del oído, exámenes de evaluación de la diabetes, y el examen del funcionamiento de la tiroides)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta \$120 por año.</li> </ul>	E y J
<p><b>Medicinas recetadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>50% de los gastos por medicinas que Medicare no cubre (después de que usted pague \$250 al año como <b>deducible</b>).</li> <li>Hasta \$1,250 al año bajo los Planes H e I.</li> <li>Hasta \$3,000 al año bajo el Plan J.</li> </ul>	H, I y J

**Nota:** En la mayoría de los estados, si usted no goza de buena salud, quizá no pueda comprar las pólizas con el beneficio de las medicinas recetadas, salvo que usted se inscriba durante su **período de inscripción abierta Medigap**.

Las empresas aseguradoras pueden ofrecerle una “opción con un **deducible** alto” en los Planes F y J de Medigap. Si desea más información acerca de esta opción, vea la página 17.



## Sección 1: Lo esencial



### Paso 3. Averigüe cuáles empresas aseguradoras venden pólizas Medigap en su estado

Para averiguar cuáles empresas aseguradoras venden pólizas Medigap en su estado:

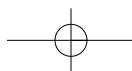
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver página 76). Pregúnteles si tienen una guía comparativa de los precios Medigap dentro de su estado. Esta clase de guías generalmente mencionan las empresas aseguradoras que venden pólizas Medigap en su estado y comparan los costos de pólizas de cada empresa.
- Llame su Departamento de Seguros del Estado Estatal de Salud (ver página 77).
- Visite el sitio en la Internet [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y active “Medigap Compare” sólo disponible en inglés (ver página 46).

Este sitio le brinda información sobre:

- ✓ Cuáles pólizas Medigap están a la venta en su estado.
- ✓ Consejos para comprar una póliza Medigap.
- ✓ Lo que deberán cubrir estas pólizas.
- ✓ La manera en la que las empresas de seguros deciden cuánto cobrarle por la **prima** de la póliza Medigap.
- ✓ Sus derechos y protecciones con Medigap.

Si usted no tiene una computadora la biblioteca pública en su localidad, o un centro de atención para personas de la tercera edad puede ayudarle con esta información.

Quizá le convenga llamar a más de una empresa de seguros que venda las pólizas Medigap en su estado. Asegúrese de que las que usted ha elegido sean honestas y confiables (ver página 67).





## Sección 1: Lo esencial

### Paso 4 Llame a las empresas aseguradoras y compare los precios



Llame a las diferentes empresas aseguradoras y hágales preguntas. Comparar precios que le ayudará a encontrar la mejor póliza Medigap al precio que usted pueda pagar.

Quizá no le convenga hablar **solamente** con un amigo o familiar sobre su póliza Medigap mientras que está comparando precios ya que la póliza de su amigo puede no satisfacer sus necesidades de salud o de precio. Es por eso que es importante llamar a las diferentes empresas aseguradoras y comparar los precios. Pregúntele a cada empresa aseguradora lo siguiente:

- ¿Esta empresa aseguradora tiene una licencia para operar en este estado? (La respuesta deberá ser afirmativa.)
- ¿Qué clase de pólizas Medigap venden? (Asegúrese de que vendan el plan que usted quiere.)
- ¿Cuál es el costo de la póliza Medigap que me interesa?
- ¿Cómo determinan el precio?
  - ▶ ¿Qué tipo de procedimiento de precios sigue esta empresa aseguradora?
  - ▶ ¿Hay alguna diferencia si se trata de un hombre o una mujer?
  - ▶ ¿Hay alguna diferencia si se trata de un fumador o no fumador?
  - ▶ ¿Hay alguna diferencia si se trata de un soltero o casado?
- ¿Ofrece esta póliza beneficios o descuentos adicionales?

**Si usted no está dentro de su período de inscripción abierta Medigap, pregunte:**

- ¿Revisarán ustedes mis antecedentes clínicos o la solicitud, para decidir cuánto me costaría la póliza Medigap?
- ¿Si ya tengo un problema de salud, tendré que esperar para que mis condiciones preexistentes puedan ser cubiertos?

La palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.



## Sección 1: Lo esencial

### Paso 5. Seleccione la mejor póliza Medigap para usted



Después de haber llamado a las empresas aseguradoras y haber comparado los precios, seleccione la póliza Medigap que sea la mejor para usted.

Pero, antes de tomar una decisión final, asegúrese de:

- Haber revisado cuidadosamente los beneficios en la póliza Medigap.
- Que usted pueda pagar el costo de la póliza.
- La póliza cubre los beneficios que usted necesita y desea.
- Siente comodidad y confianza con la empresa aseguradora y/o el agente de seguros.
- Usted ha conversado con alguien en quien confía, como lo es un integrante de la familia o amistad, acerca de lo que usted seleccionó.

**Una vez que haya verificado cada uno de estos puntos, usted puede pasar al Paso 6.**

## Sección 1: Lo esencial

### Paso 6. Adquisición de la póliza Medigap



Una vez que usted se haya decidido por una agencia de seguros y la póliza Medigap que desea, usted podrá entonces comprar su póliza. Al comprar su póliza Medigap:

- Llene cuidadosamente la solicitud con todos los datos solicitados. Responda a todas las preguntas médicas. Si el agente de seguros es quien llena la solicitud, revísela para asegurarse de que esté correcta.
- Asegúrese de que la empresa aseguradora le da un resumen que le explica claramente su póliza Medigap. Léalo cuidadosamente.
- No comprara más de una póliza Medigap. Si usted ya tiene una póliza Medigap, es ilegal que una empresa aseguradora intente venderle una segunda póliza, salvo que usted declare por escrito que cancelará la primera póliza Medigap. No cancele su primera póliza Medigap hasta que entre en vigor la segunda, y haya decidido conservar la segunda póliza Medigap. Usted tiene 30 días para decidir si desea conservar la póliza nueva. A esto se le conoce como el período de prueba gratuito.
- No pague con dinero en efectivo. Pague la póliza con un cheque, orden de pago, o un giro bancario.
- Solicite que la póliza Medigap entre en vigor en el momento en el que usted quiera que se inicie la cobertura, o cuando termine la cobertura de la póliza anterior. Si por cualquier razón la empresa aseguradora no acepta la fecha en la que usted haya decidido, llame al Departamento de Seguros del Estado (ver página 77).
- Obtenga un recibo, para su expediente, de la empresa aseguradora en donde se mencione el nombre de la empresa, la dirección y el número telefónico.
- Asegúrese de que le sea otorgada dicha póliza dentro de 30 días. Si usted no recibe su póliza durante esos 30 días, comuníquese con la empresa aseguradora. Si usted no recibe su póliza dentro de los 60 días, comuníquese con su Departamento de Seguros del Estado (ver página 77).

## Sección 2: Si desea saber más



## Sección 2: Si desea saber más

### Otros tipos de seguro de salud

Existen otros tipos de cobertura de salud, además de Medigap, que pueden pagar los gastos que no están cubiertos por Medicare. En estos se incluye:

1. Cobertura al empleado o jubilado de un empleador o sindicato (vea a continuación)
2. Cobertura COBRA (vea las páginas 35 y 36)
3. El programa **PACE** (vea la página 36)
4. Centros de Salud calificados federalmente (vea la página 37)
5. Seguro de indemnización por hospitalización (vea la página 37)
6. Seguro por una enfermedad específica (vea la página 37)
7. Seguro de salud a largo plazo (vea la página 37)
8. Medicaid (vea las páginas 38 y 39)

#### 1. Cobertura al empleado o jubilado de un empleador o sindicato

Comuníquese con su administrador de beneficios en su trabajo para averiguar si usted puede conseguir un seguro de salud basándose en el empleo anterior o actual de su cónyuge. Debido a que esta clase de cobertura al cuidado de salud no es una póliza Medigap, no podrán aplicarse las reglas de las pólizas Medigap.

**Nota:** Cuando usted tenga cobertura como jubilado de un empleador o un sindicato, ellos serán quienes tendrán control de esta cobertura. Ellos podrán modificar los beneficios o las **primas**, y también cancelar la cobertura.

**Precaución:** Si usted renuncia su cobertura de plan de grupo por medio de su empleador o sindicato, quizá no pueda recuperarla. Si desea más información, comuníquese con su administrador de beneficios.

**Nota:** Si su cobertura termina, usted tendrá el derecho a comprar una póliza Medigap. Su empleador o sindicato deberá hacérselo saber dentro del transcurso de 60 días después de la fecha en la que haya terminado su cobertura. En algunos casos, el aviso informándole de que su cobertura ha terminado puede consistir en una carta haciéndole saber que su reclamo de pago ha sido negado, o que el reclamo enviado por su médico para ser pagado ha sido negado (**vea la situación # 2 en la página 52**).

(continúa en la página 35)

La palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

## Sección 2: Si desea saber más

### 2. Cobertura COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act de 1985)

COBRA (la ley COBRA o Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act de 1985) es una ley que establece que el empleador con 20 o más empleados permita que sus empleados y quienes dependan de estos conserven la cobertura del cuidado de salud de grupo durante un período de tiempo, después de haber dejado su plan de seguro de grupo y bajo ciertas condiciones. A esto se le conoce como una “continuación de cobertura”. Usted puede tener derecho a lo anterior si perdió su empleo o si le han reducido las horas de trabajo, o si usted está cubierto por el plan de su cónyuge y cualquiera de estos pierde la vida o se divorcia. COBRA generalmente le permite a usted, y a sus dependientes, mantenerse dentro de la cobertura de grupo durante 18 meses (o hasta 29 o 36 meses en algunos casos), sin embargo, usted tendrá que pagar su parte de la prima y la de su empleador. Algunas leyes de algunos estados establecen que los empleadores con menos de 20 empleados le permitan conservar la cobertura del cuidado de la salud durante cierto tiempo, sin embargo, y para estar seguro de esto, usted deberá verificarlo con el Departamento de Seguros del Estado (ver página 77). Excepto en caso de divorcio, en la mayoría de circunstancias que le otorgan derechos a cobertura COBRA, usted debe recibir un aviso al respecto de su administrador de beneficios. Si usted no recibe un aviso, o si se divorcia, será necesario que se comunique cuanto antes con su administrador de beneficios.

Si usted ya tiene continuación de cobertura por medio de COBRA al inscribirse a Medicare, su cobertura COBRA quizá terminarse. Esto es debido a que el empleador tiene la opción de cancelar en cualquier momento la continuación de cobertura. El período de tiempo que su cónyuge puede obtener cobertura COBRA puede cambiar cuando usted se inscribe en Medicare.

Sin embargo, si usted opta por la cobertura por medio de COBRA después de inscribirse a Medicare, usted podrá conservar la continuación de cobertura COBRA. Si usted solamente está inscrito en la Parte A de Medicare al término de su cobertura dentro del plan de seguro de grupo (tomando como base su empleo **actual o activo**), podrá inscribirse en la Parte B de Medicare durante un período especial de

(continúa en la página 36)

## Sección 2: Si desea saber más

inscripción sin tener que pagar la penalización de la prima para la Parte B. Esto significa que usted deberá inscribirse en la Parte B dentro del transcurso de 8 meses de haberse terminado su cobertura dentro del plan de seguro de grupo (vea página 6). Usted no podrá aprovechar otro período especial de inscripción una vez que se haya terminado su cobertura COBRA.

Recuerde, una vez que usted cumpla 65 años o más y esté inscrito en la Parte B de Medicare, su período de inscripción abierta Medigap se iniciará y no podrá ser cambiado (ver página 18).

La ley del estado puede darle derecho a continuar su cobertura COBRA más allá del punto en el que la cobertura COBRA deba normalmente darse por terminada. Sus derechos dependerán de lo que permita la ley del estado. Si desea obtener más información sobre COBRA, comuníquese con su Departamento de Seguros del Estado (ver página 77).

### 3. El programa PACE (Programas de cuidado para ancianos con cobertura total (PACE por su sigla en inglés))

En este programa se combinan los servicios de salud para paciente interno y ambulatorio, como los cuidados de la salud a largo plazo para las personas que cumplen con los requisitos. Para ser elegible, usted deberá:

- Tener por lo menos 55 años,
- Vivir dentro del área de servicio del programa **PACE**, y
- Haber sido certificado, por una agencia estatal apropiada, como elegible para cuidarlo en un asilo para ancianos.

La meta de PACE es mantenerlo independiente y viviendo dentro de su comunidad lo más posible, y proporcionarle cuidados de calidad a un bajo costo.

Si desea localizar unas instalaciones PACE cerca de usted, o si desea más información al respecto, comuníquese con la oficina de asistencia médica del estado, del condado o de la localidad - no una oficina federal. Usted podrá también consultar en el sitio Internet [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) la ubicación de las instalaciones PACE y sus números telefónicos. Active Compare Asilos de Ancianos (Nursing Home Compare).

(continúa en la página 37)

## Sección 2: Si desea saber más

### 4. Centros de Salud calificado por el gobierno federal (FQHCs por su sigla en inglés)

Estos son centros de salud especiales que pueden prestarle cuidado rutinario de la salud a un precio reducido. Los FQHC pueden incluir:

- Un centro de salud comunitario,
- Clínica de salud para tribus,
- Servicios de salud para migrantes, y
- Centro de salud para personas sin hogar.

Si desea localizar el FQHC más cercano a usted, llame al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TTD 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral). Pida el número de la Primary Care Association (Asociación de Cuidados Primarios) en su estado. También puede visitar el sitio en la Internet [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y activar “Helpful Contacts” solamente disponible en inglés (Contactos Útiles).

### 5. Seguro de indemnización por hospitalización

Este tipo de seguro paga cierta cantidad en dinero en efectivo por cada día que usted esté hospitalizado, hasta cierto número de días. **No cubre las faltas (“gaps,” en inglés) de cobertura de Medicare. Recuerde, Medicare y cualquier póliza Medigap que usted haya obtenido seguramente cubrirá los gastos de cualquier tipo de hospitalización.**

### 6. Seguro por una enfermedad específica

Esta clase de seguro paga los beneficios por la atención a una sola enfermedad, como lo es el cáncer, o un conjunto de enfermedades. **No completa las faltas (“gaps”) de cobertura de Medicare. Recuerde, Medicare y cualquier póliza Medigap que usted haya obtenido seguramente cubrirá los gastos de cualquier enfermedad específica.**

### 7. Seguro de cuidado de salud a largo plazo

Este tipo de póliza puede cubrir cuidado médico y no-médico con el fin de ayudarle a realizar sus funciones diarias, como bañarse, vestirse, ir al baño, y comer. Generalmente, **Medicare no paga los gastos por seguros del cuidado de salud a largo plazo.** Si desea más información sobre el cuidado de salud a largo plazo, obtenga una copia de “A Shopper’s Guide to Long Term Care Insurance” (**Una guía para la compra de un seguro de cuidado de salud a largo plazo - solamente disponible en inglés**) del

Usted también podrá obtener una copia GRATUITA de la publicación “**Guía para escoger un asilo para ancianos**” si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral).



## Sección 2: Si desea saber más

### 7. Seguro de cuidado de salud a largo plazo (continuación)

Departamento de Seguros del Estado (vea la página 77) o a través de la National Association of Insurance Commissioners, 2301 McGee Street, Suite 800, Kansas City, MO 64108-3600.

### 8. Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los gastos de salud de personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid pueden variar de un estado a otro. La mayoría de los gastos de salud estarán cubiertos, siempre y cuando usted cumpla con los requisitos tanto de Medicare, como de Medicaid. Las personas inscritas en Medicaid podrán también obtener la cobertura del cuidado en un asilo de ancianos y medicinas recetadas como paciente ambulatorio que no están cubiertas por Medicare.

Los estados también cuentan con programas que pagan alguna parte o todas las **primas** de Medicare y podrá pagar también los deducibles y coseguros para ciertas personas con Medicare y tienen bajos ingresos. Para cumplir con los requisitos de estos programas, usted deberá:

- Estar inscrito en la Parte A de Medicare (Seguro de hospital). Si usted no está seguro si está inscrito en la Parte A, revise en su tarjeta Medicare color rojo, blanco y azul, o llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.
- Tener un ingreso mensual menor a \$1,273 para una persona soltera o \$1,714 para una pareja. Estos límites de ingresos son un poco más elevados en Hawaii y Alaska. Estos límites de ingresos cambiarán un poco en el año 2002.
- Contar con ahorros de \$4,000 o menos para una persona soltera o \$6,000 o menos para una pareja. Entre los ahorros se deberán incluir el dinero en efectivo en una cuenta de cheques, ahorros, acciones o bonos.

La palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

Si usted cree que es elegible, llame a la oficina de asistencia médica del estado. Para obtener este número telefónico, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral). Usted también podrá pedir información sobre **“Ahorros para los Beneficiarios de Medicare.”**

(continúa en la página 39)



## Sección 2: Si desea saber más

### 8. Medicaid (continuación)

#### ¿Puede una empresa aseguradora venderme una póliza Medigap si yo ya estoy inscrito en Medicaid?

Si usted está inscrito en Medicaid, podrán venderle una póliza Medigap solamente bajo ciertas circunstancias (vea el cuadro a continuación).

Si...	Entonces usted podrá adquirir...
Medicaid paga su <b>prima</b> de Medigap	Cualquier póliza Medigap
Medicaid paga sus primas de Medigap, <b>deducibles</b> , o <b>coseguro</b>	Medigap planes H, I, o J
Medicaid solamente paga toda o parte de la <b>prima</b> de la Parte B de Medicare	Cualquier póliza Medigap

Bajo cualquier otra circunstancia, es ilegal que una empresa le venda una póliza Medigap si usted ya está inscrito en Medicaid.

## Sección 2: Si desea saber más

### El costo de las pólizas Medigap: maneras para calcular el precio de las pólizas

Las empresas aseguradoras han establecido 3 maneras diferentes para establecer los precios de las pólizas, tomando como base su edad:

1. Sin clasificación de edad (también llamada clasificación de la comunidad)
2. Clasificación relacionada con su edad
3. Clasificación de acuerdo a su edad

#### 1. Pólizas sin clasificación de edad (también llamada clasificación de la comunidad)

Estas pólizas le cobran a todas las personas la misma tarifa sin importar que edad tengan.

**Ejemplo\*:** El Sr. Pérez paga la misma prima mensual a cualquier edad, más el aumento de la prima determinado por la inflación.

Prima mensual a la edad de 65	\$155
Prima mensual a la edad de 75	\$155
Prima mensual a la edad de 85	\$155

#### 2. Pólizas de clasificación relacionada su edad

La **prima** mensual de estas pólizas está basada en la edad que tenía cuando adquirió dicha póliza. El costo no aumenta automáticamente a medida que usted envejece. Su prima seguirá siendo la misma que cualquier otra persona que adquiera la póliza por primera vez a su misma edad.

**Ejemplo\*:** La Sra. García paga la misma **prima** mensual basada en la edad que tenía cuando compró la póliza, más de un aumento adicional a la prima debido a la inflación.

##### La compra de la póliza a los 65 años de edad

Prima mensual a la edad de 65	\$130
Prima mensual a la edad de 75	\$130
Prima mensual a la edad de 85	\$130

\* Recuerde, **todas las primas mensuales** pueden cambiar e incrementarse cada año debido a la inflación y al aumento de los costos por el cuidado de la salud.

## Sección 2: Si desea saber más

### El costo de las pólizas Medigap: maneras para calcular el precio de las pólizas (continuación)

#### La compra de la póliza a los 75 años de edad

Prima mensual a la edad de 65	--
Prima mensual a la edad de 75	\$165
Prima mensual a la edad de 85	\$165

#### La compra de la póliza a los 85 años de edad

Prima mensual a la edad de 65	--
Prima mensual a la edad de 75	--
Prima mensual a la edad de 85	\$195

### 3. Pólizas clasificadas de acuerdo a su edad

Las **primas** mensuales de estas pólizas están basadas en su edad por cada año que transcurra. Estas pólizas generalmente cuestan menos a la edad de 65 años, pero sus costos suben automáticamente a medida que envejece.

**Ejemplo\*:** La Sra. Pérez paga una **prima** mensual más alta a medida que envejece, más cualquier aumento de la prima determinado por la inflación.

Prima mensual a la edad de 65	\$115
Prima mensual a la edad de 75	\$160
Prima mensual a la edad de 85	\$190

**Precaución:** En general, las pólizas clasificadas de acuerdo a su edad, le costarán menos cuando usted tenga 65 años de edad, que las pólizas clasificadas por su edad en el momento de adquirirla, o las pólizas sin clasificación de edad. Sin embargo, a partir de algún momento entre los 70 y 75 años, las pólizas clasificadas de acuerdo a su edad le pueden costar más que las de los otros 2 tipos de clasificación.

\* Recuerde, **todas** las **primas** mensuales pueden cambiar e incrementarse cada año debido a la inflación y al aumento de los costos por el cuidado de la salud.

## Sección 2: Si desea saber más

### Cobertura Medigap por condiciones preexistentes

#### ¿Qué es una condición preexistente?

Una **condición preexistente** es un problema de salud por el cual recibió tratamiento o asesoría médica dentro de los 6 meses previos a la fecha en la que se inicie la nueva póliza de seguro.

#### ¿Estará cubierta mi condición preexistente si adquiero una póliza Medigap?

Si usted compra una póliza Medigap durante su período de inscripción abierta Medigap, la empresa aseguradora podrá negarle cobertura por una **condición preexistente** hasta por un período de 6 meses. Esto solo se aplica a condiciones que hayan sido diagnosticadas o tratadas durante los 6 meses anteriores al inicio de la cobertura de su póliza Medigap. A este período de 6 meses se le llama el período de espera por una condición preexistente. Sin embargo, no podrán negarle la cobertura por una condición preexistente si usted tiene por lo menos 6 meses de cobertura acreditable. Cualquier problema nuevo estará cubierto de inmediato, sin importar si usted haya tenido cobertura acreditable.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

## Sección 2: Si desea saber más

### Cobertura acreditable

#### ¿Qué es la cobertura acreditable?

La cobertura acreditable es toda cobertura previa que pueda ser utilizada para acortar el período de espera por una **condición preexistente**, como:

- Un plan de salud de grupo (como un plan de empleador)
- Una póliza de seguro médico
- La Parte A o la Parte B de Medicare
- Medicaid
- Un programa médico del Servicio de Salud a los Indios u organización tribal
- Un fondo común estatal de beneficios contra riesgos
- TRICARE (el programa de salud para retirados militares y sus dependientes)
- El Plan de Beneficios de la Salud para los Empleados Federales
- Un plan de salud pública
- Un plan de salud de la ley del Cuerpo de Paz (Peace Corps Act)

**Nota:** El uso de la cobertura acreditable depende si usted ha tenido “interrupciones en la cobertura.” Si en algún momento usted dejó de tener cobertura, y fue durante más de 63 días consecutivos, podrá aprovechar únicamente de la cobertura acreditable que tiene después de este período sin cobertura.

#### **Ejemplo de la Cobertura acreditable:**

El Sr. Pérez tiene 65 años de edad y sufre de una enfermedad cardíaca. La Parte A y B de Medicare comenzaron el 1 de noviembre del 2000. Antes de esa fecha, él no tenía ninguna clase de cobertura de salud. El 1 de marzo del 2001, el Sr. Pérez adquiere una póliza Medigap. La empresa aseguradora Medigap le niega la cobertura de su enfermedad cardíaca durante 6 meses (el período de espera por una **condición preexistente**). Sin embargo, el Sr. Pérez puede aprovechar los 4 meses de cobertura con Medicare para acortar el período de 6 meses. Ahora, su período de espera solamente será de 2 meses, en lugar de 6 meses. Durante esos 2 meses después de que Medicare pague su participación, el Sr. Pérez tendrá que pagar el resto de los gastos por el cuidado de su enfermedad cardíaca.

## Sección 2: Si desea saber más

### Pólizas Medigap para personas menores de 65 años con una incapacidad o enfermedad renal de etapa final (ESRD por su sigla en inglés)

Usted podrá obtener los beneficios de la Parte B de Medicare antes de los 65 años debido a una incapacidad o ESRD (insuficiencia renal permanente con tratamiento de diálisis o trasplante de riñón). Si es menor de 65 años y está incapacitado o sufre de ESRD, quizá no le será posible comprar la póliza Medigap que usted quiere hasta que cumpla los 65 años. Esto se debe a que no todos los estados obligan a las agencias de seguros a vender una póliza Medigap a personas con menos de 65 años. Usted tendrá el derecho de escoger y adquirir cualquier póliza Medigap cuando cumple los 65 años de edad. No importa que usted haya obtenido la Parte B de Medicare antes de cumplir los 65 años de edad.

Durante 6 meses después de haber cumplido los 65 años de edad y estar inscrito en la Parte B de Medicare:

- Usted podrá comprar cualquier póliza Medigap (incluyendo aquellas pólizas que le ayudarán al pago de las medicinas recetadas), y
- Las empresas aseguradoras no podrán negarse a venderle una póliza Medigap debido a su incapacidad o cualquier otro problema de salud.

Cuando usted compra una póliza durante su **período de inscripción abierta** Medigap, la empresa aseguradora deberá acortar el período de espera por sus **condiciones preexistentes** en la cantidad de tiempo que usted tiene en cobertura acreditable. Si usted ha tenido Medicare por más de 6 meses, no tendrá un período de espera por condiciones preexistentes porque Medicare cuenta como cobertura acreditable.

Varios estados requieren que las empresas aseguradoras de Medigap ofrezcan un período de inscripción abierta limitado para personas inscritas en la Parte B de Medicare y que sean menores de 65 años. Al momento de publicar este documento, los estados mencionados a continuación, le impusieron como requisito a las empresas aseguradoras ofrecer por lo menos un tipo de póliza Medigap durante un período de inscripción **(continúa en la página 45)**

## Sección 2: Si desea saber más

### Pólizas Medigap para personas menores de 65 años incapacitadas o con enfermedad renal de etapa final (ESRD por su sigla en inglés) (continuación)

abierta especial a personas inscritas en Medicare y menores de 65 años:

- California
- Connecticut
- Kansas
- Louisiana
- Maine
- Maryland
- Massachusetts
- Michigan
- Minnesota
- Missouri
- New Hampshire
- New Jersey
- New York
- North Carolina
- Oklahoma
- Oregon
- Pennsylvania
- Texas
- Wisconsin

Algunas empresas aseguradoras también podrán venderle las pólizas Medigap a personas con Medicare y menores de 65 años. Sin embargo, estas pólizas pueden costarle más. Recuerde, si usted vive en un estado en el que se ofrece un **período de inscripción abierta Medigap** para las personas menores de 65 años, igual podrá obtener otro período de inscripción abierta Medigap al cumplir los 65 años.

Si usted se inscribe en un plan de salud de Medicare y su cobertura termina, usted podría tener derecho de adquirir una póliza Medigap (vea las situaciones # 1 y # 2 de la página 50 a 54).

Si tiene alguna duda, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea la página 76).

La palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.



## Sección 2: Si desea saber más

### “Medigap Compare” en la Internet

#### ¿Qué es “Medigap Compare”?

“Medigap Compare” (sólo disponible en inglés) es una parte del sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en la Internet que contiene información acerca de las pólizas Medigap. Le ayudará a encontrar las empresas aseguradoras en su estado que ofrecen pólizas Medigap, le informa cómo comunicarse con las empresas aseguradoras, y en algunos casos, le da datos para comparar las pólizas Medigap. Este sitio le informa:

- Cuáles pólizas Medigap están a la venta en su estado.
- Consejos para comparar las pólizas Medigap.
- Qué cubren estas pólizas.
- La manera en la que las empresas de seguros deciden cuánto cobrarle por la **prima** de la póliza Medigap.
- Sus derechos y protecciones con Medigap.

Si usted no posee una computadora, la biblioteca pública en su localidad o un centro de atención para personas de la tercera edad pudiese proporcionarle la ayuda necesaria para consultar esta información.

#### Cómo usar “Medigap Compare”

Primero, visite el sitio de la Internet [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y active “Medigap Compare” (solamente disponible en inglés). Para comparar las pólizas Medigap en su estado, siga estos 4 pasos:

1. Escriba su código postal o el estado y/o territorio en donde vive.
2. Seleccione las empresas aseguradoras que desea comparar en su área.
3. Vea cuáles empresas aseguradoras venden los planes que le sean a usted de interés y la manera en la que establecen los precios de sus planes tomando como base el método de clasificación que ponen en práctica (vea las páginas 40 y 41).
4. Llame a la empresa aseguradora para obtener más información.



## Sección 2: Si desea saber más

### Sus derechos a comprar una póliza Medigap en situaciones específicas

Si usted pierde ciertos tipos de cobertura de salud, tiene el derecho a comprar una póliza Medigap fuera del **período de inscripción abierta Medigap**. A estos derechos se les conoce como “protecciones de Medigap.” También se les conoce como derechos a una “emisión/venta garantizada”, porque la ley establece que las empresas aseguradoras deberán emitírle/venderle una póliza.

Las protecciones de Medigap son importantes porque sin ellas, si usted no comprar una póliza Medigap dentro de su período de inscripción abierta Medigap, una empresa aseguradora podrá negarse a venderle una póliza, o quizá cobrarle más por esa póliza. Además, si usted cancela su póliza Medigap, quizá no pueda recuperarla, con excepción de algunas circunstancias muy limitadas.

Usted no deberá esperar hasta que su cobertura de salud esté por terminar antes de solicitar una póliza Medigap. Usted podrá hacer una solicitud de una póliza Medigap con anticipación (mientras está dentro de su plan de salud) y decidir qué día su póliza Medigap entrará en vigor el día después de haberse terminado la cobertura del plan al cuidado de su salud actual. Esto será una manera de completar las faltas (“gaps,” en inglés) de cobertura al cuidado de su salud.

### Resumen de las protecciones de Medigap

Con respecto a cambios que pueden darse en su cobertura de salud, existen algunas situaciones que podrían asegurarle el **derecho de emisión/venta garantizada** a comprar una póliza Medigap.

Por ejemplo:

1. Su cobertura bajo un plan de salud administrado Medicare, plan Privado de Pago-per-Servicio, proveedor de servicios de salud PACE, o proyecto de demostración de un plan de salud administrado Medicare, se termina porque el plan se deja de participar en el programa Medicare o ya no ofrece servicios en su área. (**Ver situación #1 en las páginas 50 a 52.**)
2. Su cobertura de salud termina por otras razones que no sean que el plan se sale del programa Medicare (**vea situación # 2 desde la página 52 a la página 54**), o

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

## Sección 2: Si desea saber más

### Resumen de las protecciones de Medigap (continuación)

3. Usted canceló su póliza Medigap para inscribirse en un **plan de salud administrado Medicare, plan Privado de Pago-por-Servicio**, o el programa PACE; y después usted se retira del plan dentro del año de haberse inscrito. O usted compra una póliza **Medicare SELECT** por primera vez y cancela la póliza dentro del transcurso de un año después de haberla comprado (**vea situación # 3 en las páginas 54 y 55**).
4. Usted se inscribió en un plan de salud Medicare (como lo es un **plan de salud administrado Medicare** con un contrato Medicare + Choice (Opción), o un **plan Privado de Pago-por-Servicio**) o un programa PACE cuando por primera vez fue elegible para Medicare al cumplir los 65 años, y usted se retira del plan dentro del año de haberse inscrito (**vea la situación # 4 en las páginas 55 y 56**).
5. Un cambio en sus circunstancias le otorga el derecho de retirarse de (darse de baja) su plan (**vea situación # 5 en la página 57**).

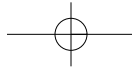
Las páginas a continuación contienen un resumen de esas situaciones y las protecciones correspondientes. Para poder obtener esas protecciones de Medigap, será necesario que usted cumpla con ciertos requisitos (vea en el resumen los detalles). Todos sus derechos a comprar las pólizas Medigap bajo las siguientes circunstancias incluyen las pólizas **Medicare SELECT**, ya que son un tipo de póliza Medigap.

Las protecciones de Medigap en esta sección provienen de las leyes federales. Muchos estados le proporcionan más protecciones de Medigap que las establecidas por la ley federal. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud o el Departamento de Seguros del Estado si desea obtener más información (vea las páginas 76 y 77).

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

Si usted vive en el estado de **Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin**, usted tiene el derecho a comprar una póliza Medigap que sea similar a las pólizas estandarizadas a las que usted tenga derecho a comprar en otros estados. Comuníquese con su Departamento de Seguros del Estado (vea la página 77).

(continúa en la página 49)



## Sección 2: Si desea saber más

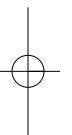
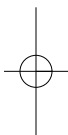
### Resumen de las protecciones de Medigap (continuación)

**Nota:** Algunas veces más de una estas situaciones pudiesen corresponderle a usted. Cuando suceda esto, usted podrá seleccionar la protección que le ofrezca la mejor opción de todas las pólizas.

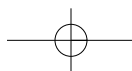
**Por ejemplo:**

Si situaciones #1 y #2 se aplican a su caso, usted podría tener el derecho a comprar una póliza Medigap.

- La situación # 1 limita sus opciones a solamente los planes A, B, C o F de Medigap que se ofrecen a la venta en su estado.
- La situación # 4 le ofrece la mejor opción al permitirle adquirir **cualquier** póliza Medigap que esté a la venta en su estado.



(continúa en la página 50)



## Sección 2: Si desea saber más

### Resumen de las protecciones de Medigap (continuación)

#### Situación # 1

**Su cobertura bajo un plan de salud administrado Medicare, plan Privado de Pago-por-Servicio, proveedor de PACE, o proyecto de demostración de un plan de salud administrado Medicare, se termine porque el plan se sale del programa de Medicare o ya no ofrece servicios en su área.**

Usted tiene derecho a comprar los planes A, B, C o F de Medigap que se ofrecen a la venta en su estado. Usted podrá solicitar una póliza Medigap en cuanto reciba la carta de la notificación final de su plan. Sin embargo, para proteger sus derechos, tendrá que presentar su solicitud a más tardar de 63 días calendarios después de la terminación de su cobertura de salud.

Usted podrá optar por cancelar el plan en cualquier momento después de haber recibido la carta de notificación final, o esperar a que termine su cobertura. Usted podrá solicitar con anticipación su póliza Medigap, y solicitar que entre en vigor una vez que su plan se haya dado por terminado.

La empresa aseguradora:

- No podrá negarle la cobertura de su seguro, o establecerle condiciones a una póliza (como hacerlo esperar hasta que se inicie la cobertura).
- Deberá cubrirle todas sus **condiciones preexistentes**.
- No podrá cobrarle más por la póliza debido a los problemas que haya tenido con su salud en el pasado y en el presente.

Si usted es menor de 65 años y está inscrito en Medicare debido a una incapacidad o ESRD, deberá permitírsele comprar los planes A, B, C o F de Medigap que se ofrecen a la venta en su estado para las personas menores de 65 años inscritas en Medicare. Recuerde, no existe ninguna ley federal que establezca que las empresas aseguradoras deberán venderle un plan Medigap a las personas menores de 65 años.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

**Importante:** Al término de la cobertura al cuidado de su salud, su plan de salud le enviará una carta de notificación final  
(continúa en la página 51)

## Sección 2: Si desea saber más

### Resumen de las protecciones de Medigap (continuación)

#### Situación # 1 (continuación)

haciéndole saber que su cobertura se dará por terminar. Conserve una copia de esta carta (asegúrese de que su nombre aparezca en la carta) y el sobre fechado para comprobar que usted perdió la cobertura dentro de su plan. También deberá conservar una copia fechada de su solicitud de una póliza Medigap, y otras cartas de las empresas aseguradoras que le hayan sido enviadas como comprobante, en donde se le nieguen sus derechos de Medigap; si esto le llegara a suceder.

Si usted recibe una carta de notificación final avisándole que su plan de salud administrado Medicare, o el plan Privado de Pago-por-Servicio se retira del programa Medicare, o dejará de prestar los servicios en su área, podría tener 3 opciones:

- 1. Cambiar a otro plan de salud administrado Medicare o a un plan Privado de Pago-por-Servicio en su área.** La carta de notificación final le hará saber si existen algunos otros planes disponibles en su área. En algunos casos, usted quizá tenga que esperar hasta que el plan al que quiere inscribirse acepte a nuevos miembros. Si usted se inscribe en un plan de salud de Medicare nuevo cuando termina la cobertura de su plan actual, no necesitará (o tenga la opción para aprovechar) una póliza Medigap.
- 2. Retirarse su plan (darse de baja) en cualquier momento entre la fecha en la que usted recibió la carta de notificación final y la fecha en que termina su cobertura.** A menos que se inscriba en otro plan de salud de Medicare, usted será devuelto automáticamente al Plan Original Medicare al retirarse (darse de baja) de su plan. Aún así usted tendrá 63 días a partir de la fecha en la que se retire (se dé de baja) de su plan para solicitar una póliza Medigap.
- 3. Permanecer en su plan hasta la fecha que termine su cobertura.** A menos que usted se inscriba en otro plan de salud de Medicare, usted será devuelto automáticamente al Plan Original Medicare al darse por terminada su cobertura. Aún así usted tendrá 63 días a partir de la fecha en la que se termine su cobertura para solicitar una póliza Medigap.

(continúa en la página 52)

## Sección 2: Si desea saber más

### Resumen de las protecciones de Medigap (continuación)

#### Otra opción

Si usted se inscribió en un plan de salud administrado Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio por primera vez y estuvo inscrito en el plan por lo menos durante un año antes de que el plan se retirase del programa Medicare o se dejase de ofrecer los servicios en su área, usted tiene el derecho a inscribirse a otro plan de salud administrado Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio hasta por un año más y conservar el derecho a regresar a su póliza Medigap anterior si usted la canceló para inscribirse en el plan citado en la “situación # 3” (vea la página 54) o para comprar cualquier póliza Medigap como se menciona en la “situación # 4” (vea la página 55).

#### Si usted padece de ESRD:

Una ley nueva le permite inscribirse a otro plan de salud administrado Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio si su plan dejó de participar en el programa Medicare, o dejó de prestar los servicios en su área en cualquier momento después del 31 de diciembre de 1998.

#### Situación # 2

**Su cobertura de salud termina por razones que no sean que un plan se está retirando del programa Medicare. Esto incluye:**

- Su plan de salud administrado Medicare, plan Privado de Pago-por-Servicio, la póliza Medicare SELECT, o el programa PACE da por terminada su cobertura debido a que usted se mudó fuera del área de servicio del plan. Usted podrá presentar una solicitud para comprar una póliza Medigap después de haber recibido el aviso de la terminación de servicios pero tendrá que hacerlo a más tardar dentro de los 63 días calendarios a la suspensión de su cobertura.
- Usted está inscrito dentro de un plan de salud de grupo que paga algunos gastos que no están cubiertos por Medicare, y el plan le termine su cobertura. Si a usted le es notificada la decisión por el plan de su empleador, usted tendrá 63 días a partir de la fecha en la que haya recibido la notificación para solicitar una póliza Medigap.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 78-80.

## Sección 2: Si desea saber más

### Resumen de las protecciones de Medigap (continuación)

#### Situación # 2 (continuación)

**Nota:** En algunos casos, el aviso de terminación de su cobertura puede ser una carta donde su reclamo de pago ha sido negado, o el reclamo enviado por su médico ha sido negado debido a que su cobertura se ha dado por terminada. Si esto le llegase a suceder, usted tiene 63 días posteriores a la fecha de haber recibido dicha notificación para comprar los planes A, B, C o F de Medigap que se ofrecen a la venta en su estado.

- Su póliza Medigap ha terminado debido a que la empresa aseguradora se declara en quiebra o es insolvente y la ley estatal no le ayuda a obtener la cobertura de conversión. Usted podrá solicitar una póliza Medigap en cualquier momento después de haber sido notificado de que la agencia de seguros es insolvente o que su cobertura estará por terminarse, o después de que su cobertura termine, usted tendrá que presentar su solicitud dentro de los 63 días posteriores al término de su cobertura.

En estos casos, usted tiene el derecho a comprar los planes A, B, C o F de Medigap que se ofrecen a la venta en su estado.

**Usted deberá presentar su solicitud a más tardar 63 días después de darse por terminada su cobertura de salud.**

La empresa aseguradora:

- No podrá negarle cobertura, o establecerle condiciones a una póliza (como hacerlo esperar hasta que se inicie la cobertura).
- Deberá cubrirle todas sus condiciones preexistentes.
- No podrá cobrarle más por la póliza debido a los problemas que haya tenido con su salud en el pasado y en el presente.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 78-80.

Si usted es menor de 65 años y está inscrito en Medicare debido a una incapacidad o ESRD deberá permitírsele adquirir los planes A, B, C o F de Medigap que se ofrecen a la venta en su estado, para las personas menores de 65 años inscritas en Medicare.



## Sección 2: Si desea saber más

### Resumen de las protecciones de Medigap (continuación)

#### Situación # 2 (continuación)

**Importante:** Conserve una copia de cartas, avisos, reclamos, o negaciones (asegúrese de que su nombre aparezca en la carta) y el sobre fechado para comprobar que usted perdió la cobertura dentro de su plan de salud o póliza. Conserve una copia de las cartas en las que la empresa aseguradora o proveedor de servicios le niegue el pago de los reclamos. Asegúrese de que su nombre aparezca en la carta y el sobre fechado para comprobar que usted perdió la cobertura dentro de su plan de salud o póliza.

#### Situación # 3

**Usted renunció su póliza Medigap para inscribirse en un plan de salud administrado Medicare, plan Privado de Pago-por-Servicio, el programa PACE; o para comprar una póliza Medicare SELECT, y luego usted renuncia al plan o la póliza, y:**

- Esta es la primera vez que usted estuvo inscrito en un plan de salud administrado Medicare, plan Privado de Pago-por-Servicio, programa PACE, o posee una póliza Medicare SELECT, y
- Usted se retire del plan de salud administrado Medicare, plan Privado de Pago-por-Servicio, el programa PACE, o la póliza Medicare SELECT dentro del año de haberse inscrito.

Usted tiene el derecho a regresar a su póliza Medigap anterior, siempre y cuando la empresa aseguradora aún la ofrezca a la venta.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 78-80.

Si la póliza Medigap que usted tenía ya no está a su disposición, tiene el derecho a comprar los planes A, B, C o F que se ofrecen a la venta en su estado. Usted tendrá 63 días calendario a partir de la fecha en la que se termine su cobertura para solicitar una póliza Medigap.

## Sección 2: Si desea saber más

### Resumen de las protecciones de Medigap (continuación)

#### Situación # 3 (continuación)

La empresa aseguradora:

**Nota:** Si usted está aún dentro de su período de inscripción abierta Medigap, después de haber cancelado el plan de salud administrado de Medicare, quizá tenga más de 63 días para comprar una póliza Medigap.

- No podrá negarle cobertura, o establecerle condiciones a una póliza (como hacerlo esperar hasta que se inicie la cobertura).
- Deberá cubrirle todas sus condiciones preexistentes.
- No podrá cobrarle más por la póliza debido a los problemas que haya tenido con su salud en el pasado y en el presente.

#### Otra opción

Si usted renunció a su póliza Medigap para inscribirse en un plan de salud administrado Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio por primera vez y usted estuvo inscrito en el plan durante un año antes de que el plan se retirase del programa Medicare, o se dejase de ofrecer servicios en su área, usted tiene derecho a inscribirse en otro plan de salud administrado Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio por un año más y conservar el derecho a regresar a su póliza Medigap anterior.

**Precaución:** Si usted compró una póliza Medigap antes de 1992, su póliza quizá no sea una póliza Medigap estandarizada. Puede que le ofrezca beneficios que son diferentes a los 10 planes estandarizados de Medigap. Por lo tanto, si usted la canceló, no tendrá la oportunidad de regresar a esta debido a que esa póliza ya no está a la venta.

#### Situación # 4

**Usted se inscribió en un plan de salud administrado Medicare cuando por primera vez fue elegible para Medicare a los 65 años de edad, y se retire del plan durante el primer año de haberse inscrito. Esto incluye el plan de salud administrado Medicare con un contrato Medicare + Choice (Opción), un plan Privado de Pago-por-Servicio, o un programa PACE.**

## Sección 2: Si desea saber más

### Resumen de las protecciones de Medigap (continuación)

#### Situation #4 (continuación)

Usted podrá comprar **cualquier** póliza Medigap que se ofrezca a la venta en su estado. Usted tiene 60 días antes de la fecha en la que se termine su cobertura, hasta 63 días después que termine su cobertura para solicitar una póliza Medigap.

La empresa aseguradora:

- No podrá negarle cobertura, o establecerle condiciones a una póliza (como hacerlo esperar hasta que se inicie la cobertura).
- Deberá cubrirle todas sus condiciones preexistentes.
- No podrá cobrarle más por la póliza debido a los problemas que haya tenido con su salud en el pasado y en el presente.

**Nota:** Si usted aún dentro de su período de inscripción abierta Medigap cuando se retira del plan de salud administrado de Medicare, usted tendrá derecho a comprar cualquier póliza Medigap que se ofrezca a la venta en su estado hasta que termine su período de inscripción abierta. Puede que tenga más de 63 días después de darse por terminada la cobertura.

#### Otra opción

Si usted se inscribió en un plan de salud administrado Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio por primera vez a la edad de 65 años y usted estuvo inscrito en el plan menos de un año antes de que el plan se retirase del programa Medicare, o se dejase de ofrecer servicios en su área, usted tiene el derecho a inscribirse en otro plan de salud administrado Medicare o plan Privado de Pago-por-Servicio hasta por un año más y además conservar el derecho a regresar a su póliza Medigap anterior.

## Sección 2: Si desea saber más

### Resumen de las protecciones de Medigap (continuación)

#### Situación # 5

**Un cambio en cualquiera de estas circunstancias le otorga el derecho de retirarse de (darse de baja) su plan. En esto se incluye:**

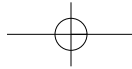
- Usted se mudó fuera del área de servicio de su plan de salud administrado Medicare, plan Privado de Pago-por-Servicio, la póliza Medicare SELECT, o el programa PACE.
- Usted se retira del plan de salud debido a que el plan no cumplió con sus obligaciones contractuales (por ejemplo, la publicidad no era real o no cumplió con las normas de calidad).

Usted tiene derecho a comprar los planes A, B, C o F de Medigap que se ofrecen a la venta en su estado, o en el estado al cual se haya mudado. Usted tendrá 60 días antes de la fecha en la que se retire del plan y termine su cobertura, hasta 63 días después de que se termine su cobertura para solicitar una póliza Medigap.

Siempre que presente la solicitud para una póliza Medigap nueva a más tardar 63 días después de que termine su cobertura, la empresa aseguradora:

- No podrá negarle cobertura, o establecerle condiciones a una póliza (como hacerlo esperar hasta que se inicie la cobertura).
- Deberá cubrirle todas sus condiciones preexistentes.
- No podrá cobrarle más por la póliza debido a los problemas que haya tenido con su salud en el pasado y en el presente.

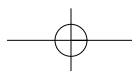
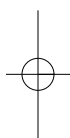
Usted no deberá esperar hasta que la cobertura al cuidado de su salud esté por terminar antes de hacer una solicitud para su póliza Medigap. Podrá solicitar una póliza Medigap con anticipación (mientras permanezca inscrito en su plan de salud) y optar por comenzar su cobertura Medigap el día después de que termine la cobertura de salud actual. De este modo podrá evitar las faltas (“gaps”) de cobertura.



## **Sección 2: Si desea saber más**

### **Dónde obtener más información sobre las protecciones de Medigap**

- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea la página 76) para asegurarse que usted cumple con los requisitos establecidos para las protecciones de Medigap. También podrán ayudarle a encontrar la póliza Medigap que responde mejor a sus necesidades.
- Comuníquese con su Departamento de Seguros del Estado (vea la página 77) si le es negada la cobertura de Medigap.



## Sección 2: Si desea saber más

### Pérdida de la cobertura Medigap

#### ¿Puede la agencia de seguros cancelar mi póliza Medigap?

En la mayoría de los casos, no. Si usted adquirió su póliza Medigap después de 1990, la ley establece que la póliza tiene una **garantía de renovabilidad**. Esto significa que la empresa aseguradora deberá permitirle renovar su póliza Medigap, a menos que usted no haya pagado las **primas**, mienta (por ejemplo, usted no le hizo del conocimiento de la empresa aseguradora todo lo relacionado con su salud), o cometa un fraude en contra de lo establecido en la póliza. Existe solamente una circunstancia por la que usted pudiese perder la **garantía de renovabilidad** de la póliza Medigap. Si la empresa aseguradora se declara en quiebra. Si esto llegase a suceder, y la ley estatal no pone a su disposición otra clase de cobertura, usted tiene el derecho a comprar los planes A, B, C o F de Medigap que se ofrecen a la venta en su estado (vea en las protecciones Medigap la situación # 2 desde la página 52 a la página 54).

Las empresas aseguradoras en algunos estados pueden negarse a renovar las pólizas Medigap que usted haya comprado antes de 1990. La ley, en algunos estados, no establece que a estas pólizas debe tener una **garantía de renovabilidad** al momento de ser vendidas. Si una empresa aseguradora se niega renovar una de estas pólizas Medigap anteriores, la empresa aseguradora deberá cancelar todas las pólizas de este tipo que ofrecen a la venta en su estado. Si esto ocurre, usted tiene el derecho a comprar los planes A, B, C o F de Medigap que se ofrecen a la venta en su estado (vea el ejemplo a continuación y en las protecciones Medigap, situación # 2 desde la página 52 a la página 54).

#### **Ejemplo:**

En 1987, el Sr. González compró una póliza de Medigap de la agencia de seguros A. La póliza Medigap adquirida por el Sr. González no tiene una garantía de renovabilidad debido a que fue adquirida antes de 1990, y no se había establecido una garantía de renovabilidad. La agencia de seguros A no renovará la póliza del Sr. González debido a que este tipo de pólizas ya no se ofrecen en el mercado. La empresa aseguradora estará cancelando todas las pólizas de este tipo dentro del estado. Por lo tanto, el Sr. González tiene el derecho a comprar los planes A, B, C o F de Medigap que se ofrecen a la venta en su estado.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

## Sección 2: Si desea saber más

### Cambio de pólizas Medigap

#### ¿Necesito cambiarla, si tengo una póliza Medigap antigua?

No. Si tiene una póliza Medigap antigua, usted podrá conservarla. No es necesario que la cambie por uno de los planes estandarizados y nuevos de Medigap. Pero, si decide cambiar su póliza Medigap, no tendrá la oportunidad de regresar a su póliza Medigap anterior si esta fue comprada antes de 1992 cuando por primera vez se ofrecieron a la venta las pólizas estandarizadas.

#### ¿Qué debo hacer antes de cambiar mi póliza Medigap?

Antes de cambiar su póliza, compare los beneficios y las **primas**. Algunas de las pólizas Medigap más antiguas podrían ofrecerle mejor cobertura, especialmente cuando se trata de las medicinas recetadas y el **cuidado de salud a largo plazo**. Por el otro lado, las pólizas Medigap anteriores podrían aumentar las primas significativamente en comparación a las pólizas Medigap estandarizadas.

#### ¿Tengo que esperar cierto período de tiempo, antes de cambiar de póliza Medigap?

No. Pero el tiempo durante el cual tuvo la póliza afectará la manera en la que la nueva póliza cubrirá sus **condiciones preexistentes**.

Si usted tuvo una póliza Medigap por lo menos durante 6 meses y decide cambiarla, su póliza Medigap nueva generalmente deberá cubrirle todas sus condiciones preexistentes. Si tuvo una póliza Medigap menos de 6 meses, la nueva póliza deberá darle crédito por el tiempo que la póliza anterior lo cubrió (vea “¿Qué es la cobertura acreditable?” en la página 43).

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

Si existe un beneficio en la póliza nueva de Medigap que no estaba contemplado en su póliza anterior, la empresa aseguradora podría hacerle esperar hasta 6 meses antes de que pueda cubrirlo ese beneficio.



## Sección 2: Si desea saber más

### Cobertura Medigap si usted se muda

#### ¿Qué pasa con mi póliza Medigap si me mudo?

Debido a que su póliza Medigap tiene una **garantía de renovabilidad**, usted mantendrá su cobertura si se muda. Sin embargo, si se muda a un estado diferente, la empresa aseguradora podría cobrarle una **prima** diferente.

Si usted posee una póliza **Medicare SELECT** y se muda usted fuera del área de servicio, será necesario que usted cambie la cobertura de su seguro. Usted tiene el derecho a comprar los planes A, B, C o F de Medigap que se ofrecen a la venta en estado al cual se mude (vea la situación # 5 en la página 57).

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

## Sección 2: Si desea saber más

### Cómo se pagan sus cuentas médicas

#### ¿La agencia de seguros Medigap le paga directamente a mi médico o proveedor?

La empresa aseguradora le pagará directamente a su médico o proveedor siempre y cuando:

- Su médico o proveedor haya firmado un acuerdo con Medicare para aceptar la **asignación** en todos los reclamos de Medicare, para todas las personas con Medicare.
- Su póliza sea una póliza Medigap, y
- Usted le dice a su médico que indique en el formulario de reclamos Medicare que usted desea que los beneficios del seguro Medigap, le sean pagados a su médico o proveedor. Su médico debe poner en el formulario de reclamo, el número de su póliza Medigap y el nombre de la empresa aseguradora. Será necesario que usted firme el formulario de reclamo. Asegúrese de que toda la información esté correcta.

Una vez que se cumplan con estas condiciones, la agencia de seguros de Medicare procesará el reclamo y lo enviará la agencia de seguros Medigap. La agencia de seguros Medicare le enviará una (Explanation of Medicare Benefits) Explicación de los Beneficios de Medicare (EOMB, por su sigla en inglés) o un Resumen de Medicare (Medicare Summary Notice) (MSN, por su sigla en inglés). La empresa aseguradora de Medigap le pagará directamente a su médico o proveedor y a usted se le enviará un aviso de este pago. Si no recibe este aviso, podrá pedirlo a la agencia de seguros de Medigap.

En la mayoría de los casos, los reclamos Medicare le son enviados directamente a la empresa aseguradora, aún cuando el médico no acepte la **asignación** en todos los reclamos.

#### Si a su médico no se le paga directamente

Si la agencia de seguros Medigap no le paga directamente a su médico, una vez cumplidas las tres condiciones arriba citadas, usted tendrá que denunciar esta situación a su Departamento de Seguros del Estado (vea la página 77). Si desea más información acerca de tramitar los reclamos por parte de la agencia de Medigap, comuníquese con el representante de Medicare. Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral) y solicíteles el número telefónico de la agencia de seguros Medicare en su estado.

## Sección 2: Si desea saber más

### Contratos privados

#### ¿Qué es un contrato privado?

Un contrato privado es un convenio entre usted y un médico que haya decidido no prestarle sus servicios a través del programa Medicare. Solamente se aplica a los servicios prestados por un médico que le solicite que firme dicho contrato.

#### Si firmo un contrato privado con mi médico ¿ Medicare y mi póliza Medigap le pagarán sus servicios?

Un contrato privado es un convenio entre usted y un médico que haya decidido no prestarle sus servicios a través del programa Medicare. El contrato privado solamente le corresponderá a los servicios prestados por médico que le solicite que firme dicho contrato. Esto significa que Medicare y Medigap no pagarán los servicios que usted obtenga del médico con el que firmó el contrato privado. A usted no deberá solicitársele firmar un contrato privado cuando se trate de una emergencia o en el caso de un servicio urgente al cuidado de su salud. **Nota:** Usted aún tiene derecho a ver a médicos de Medicare.

#### Si usted firma un contrato privado con su médico:

- Medicare no pagará por los servicios prestados por ese médico.
- Su póliza Medigap, si tiene una, no pagará por los servicios prestados por ese médico.
- Usted tendrá que pagarle al médico o proveedor la cantidad que ellos determinen por sus servicios. (No será aplicable en este caso el **cargo limitante**.)
- Los **planes de salud administrados Medicare** o los **planes Privados de Pago-por-Servicio** no pagarán por estos servicios.
- No deberá enviarse ningún reclamo, y Medicare no lo pagará si recibe ese reclamo.
- Muchos otros planes de seguro tampoco pagarán por estos servicios. (Comuníquese con su empresa aseguradora, antes de que obtenga ese servicio.)
- El médico deberá informarle si ha sido excluido del programa de Medicare.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

## Sección 2: Si desea saber más

### Usted podrá pagar de su bolsillo por los servicios que no están cubiertos por Medicare

Quizá usted opte por pagar los servicios que no están cubiertos por el **Plan Original de Medicare**. En este caso, el médico no deberá suspenderle sus servicios a través de Medicare, ni solicitarle que firme un contrato privado. Usted siempre tendrá la libertad de obtener los servicios que no estén cubiertos por Medicare, pero tendrá que pagar por ellos.

Medicare podrá negarse a pagar los servicios que no sean **médicamente necesarios**. Si esto sucede, una póliza Medigap no pagará por **coseguro** o **deducible** del costo de estos servicios.

Algunas de las 10 pólizas estandarizadas de Medigap ofrecen ciertos beneficios que pagan ciertos tipos de servicio limitados que nunca están cubiertos por Medicare. Por ejemplo:

- Los beneficios por una emergencia durante un viaje al extranjero en los planes C, D, E, F, G, H, I, y J,
- El beneficio de las medicinas recetadas en los planes H, I, y J,
- El beneficio de la recuperación en casa dentro de los planes D, G, I, y J,
- El beneficio del cuidado preventivo dentro de los planes E y J.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 78-80.

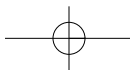
## Sección 2: Si desea saber más

### Cuídese de las prácticas ilegales de seguros

Es ilegal que alguien:

- Lo presione para comprar una póliza Medigap, o mentir o engañarle para que cambie de una empresa aseguradora a otra, o de una póliza a otra.
- Le venda una segunda póliza Medigap cuando saben de antemano que usted ya tiene una, salvo que usted le informe por escrito a la empresa aseguradora que planea cancelar su póliza Medigap existente.
- Le venda una póliza Medigap si saben que usted está inscrito en Medicaid, excepto bajo ciertas circunstancias (vea la página 39).
- Le venda una póliza Medigap si saben que usted está inscrito en un **plan de salud administrado Medicare** con un contrato Medicare + Choice (Opción), o un **plan Privado de Pago-por-Servicio**.
- Le manifieste que una póliza Medigap es parte del programa de Medicare o de cualquier otro programa federal.
- Le venda una póliza Medigap que no pueda venderse en el estado en donde usted vive. Las empresas aseguradoras de Medigap usan el método de correo directo publicitario para venderle pólizas. Usted deberá asegurarse de que el plan Medigap que a usted le interese pueda ser vendido dentro del estado en donde usted vive.
- Haga mal uso de los nombres, letras, símbolos o emblemas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por su sigla en inglés), de la Administración del Seguro Social (SSA, por su sigla en inglés), de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud (HCFA, por su sigla en inglés), o cualquier otro de sus programas como Medicare.

Si usted cree que se ha quebrantado la ley federal, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral). En la mayoría de los casos, sin embargo, su Departamento de Seguros del Estado podrá ayudarle con los problemas relacionados con el seguro (vea la página 77).



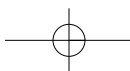
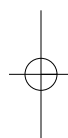
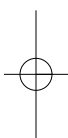
## Sección 2: Si desea saber más

### Discriminación

Cada una de las instalaciones o agencias que participen en el programa de Medicare deberán respetar las leyes. Es ilegal discriminar (tratar a una persona de diferente manera que a los demás) tomando como base:

- Su raza,
- El color de la piel
- Su sexo,
- Su incapacidad,
- Su edad, o
- Su país de origen.

Si usted cree haber sido discriminado tomando como base estas 6 categorías, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanitarios, a la oficina de los Derechos Civiles al teléfono 1-800-368-1019 (TTY/TDD: 1-800-537-7697 para personas con impedimentos auditivos o del lenguaje oral).



## Sección 2: Si desea saber más

### Cómo averiguar si una empresa aseguradora es confiable

Comprar una póliza Medigap es una decisión muy importante. Usted debe asegurarse de comprarla de una empresa aseguradora confiable. Con el fin de ayudarle a decidir si la agencia de seguros es confiable, usted podrá:

- Comunicarse con su **Departamento de Seguros del Estado** (vea la página 77). Pregúnteles si mantienen antecedentes de las quejas en contra de las empresas aseguradoras y si pueden brindarle esta información.
- Acuda a la biblioteca pública en su localidad.

La biblioteca pública podrá ayudarle a:

- ▶ Obtener información acerca de la solidez financiera de la empresa aseguradora por medio de evaluaciones independientes, como lo hace Weiss Rating, Inc., AM Best, y Standard & Poors.
- ▶ Busque la información en el sitio de la Internet [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Hable con alguien de su confianza, como su agente de seguros, o un amigo que tenga una póliza Medigap.
- Comuníquese con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (vea la página 76). Estos programas le proporcionan asesoría gratuita acerca de las pólizas Medigap.



## Sección 2: Si desea saber más

### Cuadro de cobertura de las Partes A y B de Medicare

<b>Para:</b>	<b>Vea la(s) página(s):</b>
Parte A de Medicare (Seguro de hospital)	69
Parte B (Seguro médico)	70-72

Si usted tiene preguntas sobre de la Parte A de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número telefónico de su Intermediario Fiscal.

Si usted tiene preguntas sobre la Parte B de Medicare, llame a la agencia de seguros Medicare. Si usted tiene dudas acerca del equipo médico duradero, que incluye los suministros para diabéticos, llame al Representante Regional del Equipo Médico Duradero (DMERC, por su sigla en inglés). Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener esos números telefónicos.

También podrá obtener esos números telefónicos si visita el sitio de la Internet [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Active "Helpful Contacts" - solamente disponible en inglés (Contactos Útiles).

## Sección 2: Si desea saber más

### La Parte A de Medicare (Seguro de hospital) ayuda a pagar por:

**Estadía en el hospital:** Habitación semiprivada, comidas, enfermería general, y otros servicios y suministros (en esto se incluye hospitales de acceso crítico). Esto no incluye los servicios privados de enfermera, una habitación privada salvo que sea **médicamente necesario**, o un televisor o teléfono en su habitación. El cuidado de la salud mental como paciente interno en una clínica psiquiátrica independiente se limita a 190 días de por vida.

**Cuidados en un Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés)\*\*:** Habitación semiprivada, comidas, servicios de enfermería especializada y rehabilitación y otros servicios y suministros (después de estar 3 días en el hospital).

**Cuidado de salud en el hogar\*\*:** Cuidados de enfermería especializada a tiempo parcial, terapias física, ocupacional, del lenguaje oral, servicios de un auxiliar de salud en el hogar, equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas), suministros y otros servicios.

**Hospicio\*\*:** Servicios médicos y de apoyo en un **hospicio** aprobado por Medicare, medicamentos para síntomas y alivio del dolor, cuidados de relevo a corto plazo, cuidados en un hospicio, hospital, o asilo de ancianos cuando sea necesario, y otros servicios que no estén cubiertos por Medicare. También estará cubierto el cuidado de la salud en el hogar.

**Sangre:** Las pintas de sangre que usted reciba en un hospital o **centro de enfermería especializada** durante una estadía cubierta.

### Lo que USTED paga en el 2001\* en el Plan Original de Medicare

#### Por cada período de beneficio USTED paga:

- Un total de \$792 por los días 1 a 60 de una estadía en un hospital.
- \$198 diarios por días 61 a 90 de una estadía en un hospital.
- \$396 diarios por los días 91 a 150 de una estadía en un hospital. (Vea en la página 78 “Días de reserva de por vida”.)
- Todos los gastos diarios más allá de los 150 días.

#### Por cada período de beneficio USTED paga:

- Nada por los primeros 20 días.
- Hasta \$99 diarios a partir del 21 al 100 días.
- Todos los gastos después de 100 días dentro del período de beneficio.

#### USTED paga:

- Nada por los servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por el equipo médico duradero.

#### USTED paga:

Un **copago** de hasta \$5 por las medicinas recetadas como paciente ambulatorio y 5% de la cantidad aprobada por Medicare para cuidado de relevo para paciente interno (cuidados a corto plazo a un paciente de hospicio para que la persona que lo cuida, pueda descansar). La cantidad que usted paga por cuidado de relevo puede variar cada año.

#### USTED paga:

Las primeras 3 pintas de sangre, a menos que usted o alguien más done sangre para reponer la sangre que usted usó.

\* Las nuevas cantidades para las Partes A y B estarán a su disposición el 1 de enero del 2002.

\*\* Usted deberá cumplir con ciertas condiciones para que Medicare cubra el costo de estos servicios. Si usted tiene preguntas sobre la Parte A de Medicare, llame al Intermediario Fiscal.

## Sección 2: Si desea saber más

### La Parte B de Medicare (Seguro médico) ayuda a pagar por:

**Servicios médicos y otros:** Los servicios médicos (a excepción de los exámenes físicos de rutina), servicios y suministros médicos y quirúrgicos como paciente ambulatorio, pruebas de diagnóstico, gastos por las instalaciones quirúrgicas en pago de las intervenciones aprobadas, y el equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas). También cubre los gastos por segundas opiniones quirúrgicas.

También cubre la terapia física y ocupacional como paciente ambulatorio, que incluye además la terapia del lenguaje oral.

Cuidados de la salud mental como paciente ambulatorio.

**Servicios clínicos de laboratorio:** Análisis de sangre, orina y otros.

**Cuidado de la salud en el hogar\*\*:** Cuidados especializados a tiempo parcial, servicios de un ayudante en el hogar, equipo médico duradero de una agencia para el cuidado de salud en el hogar cubiertos por Medicare, durante el tiempo que reciba el cuidado de salud en el hogar y otros suministros y servicios.

**Servicios de hospital como paciente ambulatorio:** Servicios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o herida.

**Sangre:** Las pintas de sangre que usted reciba como paciente ambulatorio, o como parte de los servicios cubiertos en la Parte B.

### Lo que USTED paga en el 2001\* en el Plan Original de Medicare

#### USTED paga:

- \$100 como **deducible** (una vez por año).
- 20% de la **cantidad aprobada por Medicare después del deducible**, con excepción de lo dispuesto como paciente ambulatorio.

- 20% de todos los servicios de terapia física, ocupacional, y terapia del lenguaje oral como paciente ambulatorio.

- 50% del costo del cuidado de la salud mental como paciente ambulatorio.

#### USTED paga:

- Nada por los servicios aprobados por Medicare.

#### USTED paga:

- Nada por los servicios aprobados por Medicare.
- 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por el equipo médico duradero.

#### USTED paga:

- Un coseguro o **copago** que puede variar según el servicio.

#### USTED paga:

Las primeras 3 pintas de sangre, y luego el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por las pintas de sangre adicionales (después del **deducible**), salvo que usted o alguien más done esa cantidad de sangre para reponer la que usted consumió.

\* Las nuevas cantidades a pagar por las Partes A y B estarán a su disposición el 1 de enero de 2002.

\*\* Usted deberá cumplir con ciertas condiciones para que Medicare cubra el costo de estos servicios.

**Nota:** Las cantidades que usted deberá pagar serán más altas si el médico o proveedor no acepta la asignación, entonces usted tendría que pagar el costo total. Medicare le enviará a usted la parte que le corresponde. Si usted tiene preguntas sobre la Parte B de Medicare, llame a su agencia de seguros Medicare. Si usted tiene dudas acerca del equipo médico duradero, que incluye los suministros para diabéticos, llame al Representante Regional del Equipo Médico Duradero (DMERC, por su sigla en inglés).

## Sección 2: Si desea saber más

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare	Quién está cubierto...	Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...
<p><b>Medición de masa ósea:</b> Varía según sus condiciones de la salud.</p>	Ciertas personas con Medicare que corran el riesgo de perder masa ósea.	20% de la <b>cantidad aprobada por Medicare</b> (o un copago fijo) después del <b>deducible</b> anual de la Parte B.
<p><b>Examen de evaluación del cáncer colorectal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de sangre oculta en la materia fecal - Una vez cada 12 meses.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible* - Una vez cada 48 meses.</li> <li>• Colonoscopia* - Una vez cada 24 meses si usted corre el riesgo de padecer cáncer en el colon. A partir del 1 de julio del 2001, una vez cada 10 años pero no dentro de los 48 meses posteriores a una evaluación de sigmoidoscopia, si usted no corre el riesgo de padecer cáncer en el colon.</li> <li>• Enema de bario - el médico puede sustituirlo con una sigmoidoscopia o colonoscopia.</li> </ul>	Todas las personas con Medicare con 50 años de edad o mayores. Sin embargo, no existe un límite de edad para practicarse una colonoscopia.	Nada por examen de sangre oculta en la materia fecal. Por todos los demás exámenes, 20% de la <b>cantidad aprobada por Medicare</b> después del pago del <b>deducible</b> de la Parte B. *(Por la sigmoidoscopia flexible o colonoscopia, usted pagará el 25% de la cantidad aprobada por Medicare si el examen se lleva a cabo en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorio, o en el departamento de pacientes ambulatorios en un hospital.)
<p><b>Servicios para diabéticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura por los monitores de glucosa, tiras de análisis, y lancetas.</li> <li>• Entrenamiento para la auto-administración de la diabetes.</li> </ul>	<p>Todas las personas con Medicare que padezcan de diabetes (consumidores y no-consumidores de insulina).</p> <p>Si así lo solicita su médico o cualquier otro proveedor y usted corre el riesgo de complicaciones de la diabetes.</p>	<p>20% de la <b>cantidad aprobada por Medicare</b>, después del pago del <b>deducible</b> anual de la Parte B.</p> <p>20% de la <b>cantidad aprobada por Medicare</b>, después del pago del <b>deducible</b> anual de la Parte B.</p>
<p><b>Examen de evaluación de mamografía:</b> Una vez cada 12 meses. (Usted también podría obtener una mamografía básica entre los 35 y 39 años de edad.)</p> <p>A partir del 1 de abril del 2001, Medicare cubrirá la nueva tecnología digital para la evaluación de las tomas de mamografía.</p>	Todas las mujeres con Medicare con 40 años de edad o mayores.	20% de la <b>cantidad aprobada por Medicare</b> sin el pago del <b>deducible</b> de la Parte B.

(continúa en la página 72)

## Sección 2: Si desea saber más

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare...	Quién está cubierto...	Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...
<p><b>Examen Papanicolau y pélvico:</b> (Incluye un examen clínico del seno) Una vez cada 36 meses. Una vez cada 12 meses si usted corre el riesgo de padecer cáncer cervical o vaginal, o si usted está en edad fértil y sus exámenes Papanicolau han sido anormales durante los 36 meses anteriores.</p> <p>A partir del 1 de julio del 2001, los exámenes Papanicolau y pélvicos estarán cubiertos una vez cada 24 meses.</p>	<p>Todas las mujeres con Medicare.</p>	<p>Nada por el análisis Papanicolau en el laboratorio. Por la toma de muestras del Papanicolau, pélvica y examen del seno, 20% de la <b>cantidad aprobada por Medicare</b> (o una cantidad fija como <b>copago</b>) sin el <b>deducible</b> de la Parte B.</p>
<p><b>Examen de evaluación del cáncer de próstata:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen digital rectal - Una vez cada 12 meses.</li> <li>• Examen prostático antígeno específico (PSA) - una vez cada 12 meses.</li> </ul>	<p>Todas los hombres con Medicare con 50 años de edad o mayores.</p>	<p>Generalmente, el 20% de la <b>cantidad aprobada por Medicare</b> para el examen digital rectal después del pago del <b>deducible</b> anual de la Parte B. Ningún <b>coseguro</b> ni deducible de la Parte B para el examen PSA.</p>
<p><b>Inyecciones (vacunas):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la gripe - Una vez al año durante el otoño o invierno.</li> <li>• Vacuna contra la neumonía - Una vacuna pudiese ser toda la que usted necesitará. Pregunte a su médico.</li> <li>• Vacuna Hepatitis B - Si el riesgo de contraer hepatitis es medio o alto.</li> </ul>	<p>Todas las personas con Medicare.</p>	<p>Nada por vacunas contra la gripe y neumonía si el proveedor acepta la asignación. Para las vacunas contra la Hepatitis B, el 20% de la <b>cantidad aprobada por Medicare</b> (o una cantidad fija como <b>copago</b>) después del <b>deducible</b> anual de la Parte B.</p>

## Sección 2: Si desea saber más

### Tabla de los planes Medigap estandarizados en Massachusetts

#### Beneficios básicos - incluidos en todos los planes:

- **Atención médica como paciente interno en un hospital:** Cubre el **coseguro** de la Parte A y el costo de 365 días adicionales de atenciones en un hospital durante su vida, después de darse por terminada la cobertura de Medicare.
- **Gastos médicos:** Cubre el **coseguro** de la Parte B (generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare).
- **Sangre:** Cubre las primeras 3 pintas de sangre al año.

Beneficios Medigap	Básicos	Suplemento 1	Suplemento 2
Beneficios básicos	✓	✓	✓
Parte A: <b>Deducible</b> como paciente interno en un hospital		✓	✓
Parte A: <b>Coseguro</b> para el <b>Centro de Enfermería Especializada</b>		✓	✓
Parte B: <b>Deducible</b>		✓	✓
Emergencia durante los viajes al extranjero		✓	✓
Días como paciente interno en los hospitales para enfermos mentales	60 días por año calendario	120 días por año de beneficios	120 días por año de beneficios
Medicinas recetadas (\$35 como <b>deducible</b> por cada trimestre, y después 100% de cobertura para los medicamentos genéricos y 80% para medicamentos de marca)			✓
Beneficios por mandato estatal (Exámenes anuales de Papanicolau y mamografías.) Verifique en su plan otros beneficios establecidos como mandato del estado.)	✓	✓	✓

Para más información acerca de estas pólizas, comuníquese con el Departamento de Seguros del Estado (ver la página 77) o consulte la información en el sitio de la Internet [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y active “Medicare Compare” (solamente disponible en inglés).



## Sección 2: Si desea saber más

### Tabla de los planes Medigap estandarizados en Minnesota

#### Beneficios básicos - incluidos en todos los planes:

- **Atención médica como paciente interno en un hospital:** Cubre el **coseguro** de la Parte A.
- **Gastos médicos:** Cubre el **coseguro** de la Parte B (generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare).
- **Sangre:** Cubre las primeras 3 pintas de sangre al año.

Beneficios Medigap	Básicos	Extensión de los básicos
Beneficios básicos	✓	✓
Parte A: <b>Deducible</b> como paciente interno en un hospital		✓
Parte A: <b>Coseguro</b> para el <b>Centro de Enfermería Especializada</b>	✓	✓
Parte B: <b>Deducible</b>		✓
Emergencia durante los viajes al extranjero	80%	80%
Cuidados de la salud mental como paciente ambulatorio	50%	50%
Honorarios comunes y de costumbre		80%
Cuidados preventivos	✓	✓
Medicinas recetadas		80%
Recuperación en su casa		✓
Terapia física	20%	20%
Cobertura durante los viajes al extranjero		80%

Para más información acerca de estas pólizas, comuníquese con el Departamento de Seguros del Estado (ver la página 77) o consulte la información en el sitio de la Internet [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y active "Medicare Compare" (solamente disponible en inglés).

#### Cláusulas opcionales

- Parte A: **Deducible** como paciente interno en un hospital
- Parte A: **Deducible**
- Honorarios comunes y de costumbre
- Cuidados preventivos
- Medicinas recetadas
- Recuperación en su casa

Se les permite a las empresas aseguradoras ofrecer seis cláusulas adicionales que podrán ser agregadas a un plan básico. Usted podrá seleccionar una o todas las cláusulas para diseñar un plan Medigap que cumpla con sus necesidades.



## Sección 2: Si desea saber más

### Tabla de los planes Medigap estandarizados en Wisconsin

#### Beneficios básicos - incluidos en todos los planes:

- **Atención médica como paciente interno en un hospital:** Cubre el **coseguro** de la Parte A.
- **Gastos médicos:** Cubre el **coseguro** de la Parte B (generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare).
- **Sangre:** Cubre las primeras 3 pintas de sangre al año.

Beneficios Medigap	Plan básico
Beneficios básicos	✓
Parte A: <b>Coseguro</b> en un <b>Centro de Enfermería Especializada</b>	✓
Cobertura como paciente interno en un hospital para enfermos mentales	175 días de por vida además de los cubiertos por Medicare
<b>Cuidado de salud en el hogar</b>	40 visitas además de aquellas que sean pagadas por Medicare
Parte B: <b>Coseguro</b>	✓
Cuidados de la salud mental como paciente ambulatorio	✓
Prescription Drugs	✓

El estado de Wisconsin también ofrece muchos otros beneficios por mandato del estado dentro del Plan Básico de Medigap. Si desea obtener más información, comuníquese con el Departamento de Seguros del Estado (ver la página 77) o consulte la información en el sitio de la Internet [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y active "Medicare Compare" (solamente disponible en inglés).

#### Cláusulas opcionales

- **Deducible** de la cláusula de la Parte A de Medicare
- Cláusula adicional al **cuidado de salud en el hogar** (365 visitas que incluyen aquellas pagadas por Medicare)
- **Deducible** de la cláusula de la Parte B de Medicare
- Cláusula de **cargo en exceso** de la Parte B de Medicare
- Cláusula de cobertura de medicinas recetadas como paciente ambulatorio
- Cláusula de emergencia durante los viajes al extranjero

Se les permite a las empresas aseguradoras ofrecer cláusulas adicionales al plan Medigap.

Páginas 76-77 de esta publicación están dejadas en blanco a propósito pero contienen números de teléfonos. Para obtener información más reciente sobre los contactos en esta sección, por favor visite la sección de [contactos útiles \(Helpful Contacts\)](#) en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en la internet.

## Términos que usted debe conocer

**Asignación:** En el Plan Original de Medicare, un proceso en el que el médico o proveedor está de acuerdo en aceptar la cantidad establecida por Medicare como pago total. Usted deberá pagar el coseguro.

**Cantidad aprobada por Medicare:** La cantidad que establece Medicare como razonable por un servicio médico cubierto. Esta es la cantidad que usted y Medicare le paga a un médico o proveedor por un servicio o suministro. Pudiese ser menor que la cantidad que actualmente cobra un médico o un proveedor. A la cantidad aprobada algunas veces se le llama “cargo aprobado.”

**Cargo en exceso:** La diferencia entre el cobro real por los servicios de un médico o cualquier otro proveedor (que pudiese estar limitado por Medicare o el estado) y la cantidad aprobada por Medicare.

**Cargo limitante:** La cantidad máxima que le pueden cobrar los médicos y otros proveedores de salud por un servicio cubierto, si no aceptan la asignación. El límite es el 15% por encima de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo limitante solamente le corresponde a ciertos servicios y no le corresponde a los suministros o equipo.

**Centro de Enfermería Especializada:** Un centro que brinda servicios de enfermería especializada y rehabilitación para ayudarle a recuperarse después de haber estado internado en un hospital.

**Condiciones preexistentes (Medigap):** Un problema con la salud por el cual recibió tratamiento o asesoría médica dentro de los 6 meses previos a la fecha en la que se inicie la nueva póliza de seguro.

**Copago:** En algunos planes de salud de Medicare, la cantidad que usted paga por cada servicio, como una visita al médico. Un copago es generalmente una cantidad fija que usted paga por un servicio. Por ejemplo, \$5 o \$10 por cada consulta con el médico. Los copagos también se aplican a los servicios de un hospital como paciente ambulatorio dentro del Plan Original de Medicare.

**Coseguro:** El porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare que usted deberá pagar después de haber pagado el deducible correspondiente a la Parte A y/o Parte B. En el Plan Original de Medicare, el pago del coseguro es un porcentaje del costo del servicio (como por ejemplo un 20%).

**Cuidado de salud a largo plazo:** El cuidado de una persona en su casa, o en un asilo para ancianos, para las personas con incapacidad crónica y enfermedades prolongadas. El cuidado a largo plazo no está cubierto por Medicare.

**Cuidado de salud en el hogar:** Cuidado de enfermería especializada y otros cuidados de salud que usted recibe en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o herida.

**Cuidado de Hospicio:** Una manera especial para el cuidado de las personas con una enfermedad mortal y de sus familiares. Esta clase de cuidado incluye el cuidado físico y la asesoría. El cuidado de hospicio está cubierto por la Parte A de Medicare (Seguro hospital).

**Deducible:** La cantidad que usted deberá pagar por el cuidado de la salud, antes de que Medicare pague, ya sea por cada período de beneficio en la Parte A, o anualmente en la Parte B. Estas cantidades podrán cambiarse cada año.

## Términos que usted debe conocer

**Derechos de emisión/venta garantizada:** El derecho que usted tiene, bajo ciertas circunstancias, a que las empresas aseguradoras se les obligue por ley emitirle/venderle una póliza Medigap.

**Días de reserva de por vida:** Sesenta días que Medicare pagará por haber sido internado en un hospital durante más de 90 días. Estos 60 días de reserva podrán utilizarse una vez solamente durante su vida. Por cada día de reserva, Medicare pagará todos los gastos cubiertos, con excepción de una cantidad diaria como coseguro (\$396 en el año 2001).

**Enfermedad renal de etapa final (ESRD por su sigla en inglés):** Fallo permanente de los riñones que necesita diálisis o trasplante de riñón de por vida.

**Garantía de renovabilidad:** El derecho que usted tiene y que es requisito de la empresa aseguradora, para le permitan renovar automáticamente, o continuar con su póliza de Medigap, a menos que usted no pague sus primas.

**Medicamento necesario(s):** Los servicios o suministros que:

- son apropiados y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica,
- sirven para el diagnóstico, cuidado directo, y tratamiento de su padecimiento,
- cumple con las normas de la buena práctica médica dentro de la comunidad médica de su zona, y
- no está enfocada principalmente en la conveniencia suya o de su médico.

**Medicare SELECT:** Un tipo de póliza Medigap que pudiese requerir su uso en hospitales y, en algunos casos, con la red de médicos para cumplir con los requisitos para obtener todos los beneficios.

**Período de inscripción abierta (Medigap):** Un período de seis meses, una sola vez, después de haberse inscrito en la Parte B de Medicare y haber cumplido 65 años edad o más, cuando usted puede comprar cualquier póliza Medigap que desee. A usted no se le negará la cobertura o cobrarle más debido a su historia clínica durante ese tiempo.

**Período de beneficio:** La manera en la que Medicare mide el uso de los servicios del hospital y un centro de enfermería especializada. Un período de beneficio se inicia el día en el que usted se interna en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted deje de recibir los cuidados de un hospital o un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si se interna en un hospital después del término de un período de beneficio, se dará por iniciado un nuevo período de beneficio. Usted deberá pagar el deducible como paciente interno del hospital por cada período de beneficio. No existe un número limitado de períodos de beneficios que usted podrá aprovechar.

**Período de espera:** El tiempo transcurrido entre el momento en que se inscribe en Medigap a través de una empresa aseguradora o en un plan de salud administrado Medicare y la fecha en que se inicia la cobertura.

## Términos que usted debe conocer

**Plan de salud administrado Medicare:** Estas son las opciones para el cuidado de su salud en algunas zonas del país. En la mayoría de los planes, usted solamente podrá acudir a los médicos, especialistas, u hospitales dentro de la lista que le ofrece el plan. Los planes deberán cubrir el cuidado de la salud en la Parte A y B de Medicare. Algunos planes ofrecen coberturas adicionales, como lo son las medicinas recetadas. Sus gastos pueden ser menores a los del Plan Original de Medicare.

**Plan Original de Medicare:** Un plan de salud de pago-por-visita le permite acudir a cualquier médico, hospital, o cualquier proveedor de servicios al cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted deberá pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde según la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte (coseguro). El Plan Original de Medicare consta de dos partes: La Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico).

**Plan Privado de Pago-por-Servicio:** Un plan privado que acepta a los beneficiarios de Medicare. Usted podrá acudir a cualquier médico u hospital que desee. El plan de seguros, en lugar del programa Medicare, decide la cantidad que usted deberá pagar por los servicios que obtenga. Usted pudiese llegar a pagar más por los beneficios cubiertos por Medicare. Usted pudiese tener beneficios adicionales que el Plan Original de Medicare no cubre.

**Prima:** Lo que usted paga mensualmente por la cobertura del cuidado de la salud a Medicare, a una empresa aseguradora, o a un plan de salud administrado.

**Programa de Cuidado para Ancianos con cobertura Total (PACE por su sigla en inglés):**

Es un programa que combina tanto los servicios a pacientes ambulatorios, como internos y servicios de cuidado de salud a largo plazo. Para tener derecho a este programa, usted deberá por lo menos tener 55 años, vivir en el área de servicio del programa PACE y haber sido certificado como elegible para el cuidado en un asilo para ancianos por una agencia estatal apropiada. La meta de PACE es mantenerlo independiente y viviendo dentro de su comunidad lo más largo posible, y proporcionarle cuidados de calidad a un bajo costo.

**Reaseguro médico:** El proceso en uso por una empresa aseguradora para decidir si aceptar o no su solicitud de un seguro, si agregarle un período de espera debido a sus condiciones preexistentes (si la ley estatal lo permite), y cuánto cobrarle por ese seguro.

## Índice

Asignación .....	12, 13, 62, 78	Enfermedad renal de etapa final (ESRD) .....	1, 14, 18, 44, 78
Administración del Seguro Social .....	4, 5, 7, 38	Equipo médico duradero .....	68,70
Agencia de Seguros Medicare .....	67, 69	Garantía de renovabilidad .....	59, 78
Beneficios básicos .....	14, 15, 26	Gastos directos de su bolsillo .....	1, 12
Cargo limitante .....	63, 78	Junta Directiva de Jubilados Ferroviarios.....	4, 5
Centro de salud calificados por el gobierno federal .....	37	Incapacidad .....	44, 45
Cobertura de jubilado/retirados .....	34	Intermediario fiscal .....	68, 69
Cobertura a los empleados .....	34	Medicaid .....	38, 39
Cobertura acreditable .....	18, 42, 43	Medicare SELECT .....	11, 17
Cobertura en un plan de salud de grupo .....	6	Medicinas recetadas .....	14, 15, 17, 28, 38
Cobertura por un sindicato .....	6, 12, 19, 34	Medigap	
COBRA .....	34, 35, 36	Costo .....	16, 40, 41
Cargos en exceso .....	13,15,28,78	Lo que está cubierto .....	14
Condición preexistente .....	16, 18, 42-44, 50	Lo que no cubre .....	14
Confiabilidad .....	29, 67	Menor de 65 años .....	44, 45
Contrato privado .....	63, 64	Pasos para adquirirla .....	20-32
Copago .....	69,70,78	Por qué podría necesitarlo .....	12, 13
Coseguro .....	13, 14, 26, 27, 78	Qué es .....	10, 11
Costo .....	16, 40, 41	Medigap Compare .....	46
Cuadros de beneficios de Medigap .....	15	Oficina Estatal de Asistencia Médica .....	38
En Massachusetts .....	73	Opción con deducible alto .....	15, 17
En Minnesota .....	74	PACE (Programas de cuidado para ancianos con cobertura total) .....	34, 36, 47, 48
En Wisconsin .....	75	Parte A (Seguro de hospital) .....	4, 14, 69
Cuidado de la salud en el hogar ....	4, 69, 70, 78	Parte A de Medicare (Seguro de hospital) .....	4, 69
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada .....	4, 23, 25, 27, 69	Parte B (Seguro médico) .....	5-7, 14, 19, 70
Cuidado de hospicio .....	4, 69, 78	Parte B de Medicare (Seguro médico) .....	5, 70-72
Cuidado preventivo de la salud .....	23, 25, 28, 64, 71-72	Período de beneficio .....	69, 78
Deducible .....	13, 17, 23, 26, 78	Período de espera .....	42-44
Departamento de Seguros del Estado .....	15, 29, 48, 58, 77	Período de inscripción especial(Parte B) .....	5-7
Derechos de emisión/venta garantizada ....	47, 78	Período de inscripción abierta (Medigap) .....	18-20, 30, 44, 45, 79
Días de reserva de por vida .....	69, 78	Período general de inscripciones (Parte B) .....	6
Discriminación .....	66	Plan de salud administrado Medicare .....	1, 79
Emergencia en los viajes al extranjero .....	15, 17, 23, 25, 27	Plan de salud en grupo de un empleador .....	6

## Índice

Plan Original de Medicare .....	1, 8, 10, 79
Plan Privado de Pago-por-Servicio ..	1, 8, 11, 12
Planes estandarizados de	
Medigap .....	10, 15, 17, 48
En Massachusetts .....	73
En Minnesota .....	74
En Wisconsin .....	75
Pólizas clasificadas de acuerdo a su edad .....	41
Pólizas de clasificación relacionada su	
edad .....	40, 41
Pólizas sin clasificación de edad .....	40
Primas .....	5, 7, 10, 16, 39-41
Programa Estatal de Asistencia sobre	
Seguros de Salud .....	26, 29, 45, 48, 58, 67, 76
Protecciones de Medigap .....	47-58
Reaseguro médico .....	16, 20
Recuperación en el hogar .....	15, 23, 25, 64
Sangre .....	13, 15, 26, 69, 70
Seguro suplementario de Medicare (vea Medigap)	
Seguro de indemnización de hospital .....	37
Seguro de salud a largo plazo .....	37
Seguro por enfermedad específica .....	34, 37
Su cobertura .....	14
TRICARE .....	43
www. medicare.gov .....	8, 29, 36, 46, 58



**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS  
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**  
Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud  
7500 Security Boulevard  
Baltimore, Maryland 21244-1850

---

Uso Oficial

Penalidad por uso privado, \$300

Publicación No. HCFA - 02110 - S

Revisada febrero 2001

2001 Guide to Health Insurance For People with Medicare: Choosing A Medigap Policy (sp)

Desarrollada en forma conjunta por la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros.



Si desea obtener la *Guía 2001 de los Seguros de Salud para personas con Medicare: Cómo escoger una póliza Medigap* en inglés, audio-casete (inglés o español), en letra grande (inglés y español), o en Braille (solamente en inglés), llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TTD: 1-877-486-2048 para personas con impedimentos auditivos y/o del lenguaje oral).

Do you need a copy of this Guide in English, audio-tape (English and Spanish), in large print (English and Spanish), or in Braille? Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 for the hearing and speech impaired).