

Aproveche al máximo sus prestaciones de Medicare

UNA GUÍA PARA NAVEGANDO MEDICARE CON CONFIANZA



Bienvenido a nuestra guía - Aproveche al máximo sus prestaciones de Medicare

Medicare es un programa de seguro de salud patrocinado por el gobierno y diseñado para personas mayores de 65 años y aquellos menores de 65 con una discapacidad. Aunque más de 65 millones de personas están aseguradas por este programa, muchos se quedan con preguntas y no están familiarizados con la forma de maximizar sus beneficios de Medicare a su máximo potencial.

Patient Advocate Foundation quiere ayudarle a comprender los aspectos básicos de Medicare. Hemos creado este recurso para brindarle las habilidades necesarias para tomar decisiones importantes sobre la mejor cobertura para usted, los beneficios ofrecidos por Medicare, y para ayudarle a sentirse confiado con su seguro.

Le presentaremos las Partes A, B, C y D de Medicare y los Planes Medigap. También revisaremos los periodos de inscripción

y el proceso de solicitud de Medicare. Además, la guía cubrirá las denegaciones, y sus derechos y protecciones cuando se trata de apelaciones.

- ▶ Si desea solicitar una copia impresa de esta publicación, visite www.patientadvocate.org.
- ▶ Patient Advocate Foundation se dedica a ayudar a las personas con enfermedades crónicas y potencialmente mortales, brindando servicios directos a los pacientes para resolver problemas relacionados con el acceso a la atención médica y el mantenimiento de la estabilidad financiera. Para obtener más información sobre Patient Advocate Foundation, visite <https://espanol.patientadvocate.org>.

Esta guía es solo para fines informativos. La Patient Advocate Foundation (PAF) entiende que la situación médica y financiera de cada persona es diferente, y que no hay un plan de Medicare que se ajuste a todas las necesidades. Animamos a los lectores a tomar sus propias decisiones con respecto a cuáles opciones de Medicare son las mejores para ellos y sus circunstancias.

Índice

Información básica sobre Medicare3 (Planes A, B, C, D y Medigap de Medicare)	3
Elegibilidad para Medicare6	6
Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)..... 10	10
Cobertura de medicamentos de la Parte A o la Parte B de Medicare 17	17
Pólizas complementarias (suplementarias) de Medicare (Medigap).....18	18
Cómo elegir la mejor opción de Medicare para usted 20	20
Períodos de inscripción..... 23	23
Cómo presentar una solicitud para Medicare..... 27	27
Cómo utilizar su cobertura de Medicare 29	29
Qué hacer cuando Medicare le niega la cobertura médica: Apelaciones de Medicare..... 35	35
Derechos y protecciones en las apelaciones de Medicare..... 40	40
Programas, planes y ahorros adicionales de Medicare..... 42	42
Glosario de términos..... 48	48
Recursos de Medicare 51	51



Elegir su cobertura de Medicare puede ser un proceso difícil. Implica revisar sus opciones, elegir qué tipo de cobertura de Medicare es la adecuada para usted, elegir sus beneficios y comprender cómo funciona la cobertura. Puede parecer mucho trabajo.

En Patient Advocate Foundation, podemos ayudarle a adquirir las habilidades necesarias para tomar decisiones informadas y abogar por usted mismo mientras utiliza su cobertura de Medicare. Esta guía está diseñada para proporcionar información valiosa y permitirle utilizar Medicare con confianza.



INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE MEDICARE (PLANES A, B, C, D, Y MEDIGAP DE MEDICARE)

Medicare es un programa federal de seguros médicos supervisado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Medicare brinda cobertura para personas de 65 años en adelante, para quienes cuentan con el Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) desde hace más de 24 meses y para las personas con insuficiencia renal terminal (IRT) o esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Además, Medicare ofrece diferentes partes, incluyendo la Parte A (facturas hospitalarias), la Parte B (facturas médicas), la Parte D (facturas de recetas) y la Parte C (Planes Medicare Advantage). Asimismo, los Planes suplementarios de Medicare (Medigap) están disponibles para cubrir las brechas en la cobertura del plan original de Medicare.

Medicare es un programa federal de seguro médico creado en 1965. Es supervisado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés: Centers for Medicare and Medicaid Services), una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés: U.S. Department of Health and Human Services). Medicare ofrece cobertura a las personas mayores de 65 años, a los menores de 65 años que reciben el Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés: Social Security Disability Insurance) por más de 24 meses y a las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés: end stage renal disease) o esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés: amyotrophic lateral sclerosis), también conocida como enfermedad de Lou Gehrig.

Medicare se financia con dos cuentas de fondos fiduciarios en la Tesorería de Estados Unidos. Estos fondos proceden de los impuestos sobre las nóminas de los empleados/empleadores, los impuestos sobre la renta de la Seguridad Social, las

primas pagadas por los beneficiarios de Medicare y los fondos autorizados por el Congreso.

Medicare le ayuda a pagar las facturas del hospital (Parte A), las facturas médicas (Parte B) y las facturas de los medicamentos recetados (Parte D). Medicare Original incluye solamente las Partes A y B de Medicare. La Parte C de Medicare, a menudo denominado Plan Medicare Advantage, es una alternativa al Medicare Original que agrupa la Parte A, la Parte B y, normalmente, la Parte D en un solo plan.



Las primas mensuales, los deducibles y el coseguro de Medicare cambian cada año. Puede encontrar la cantidad vigente de estos cargos de Medicare en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), comunicándose con su oficina local del Seguro Social, llamando al número gratuita del Seguro Social (800) 772-1213 o comunicándose con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program) en www.shiphelp.org.

Con las Partes A y B de Medicare, debe pagar un deducible anual y, normalmente, un coseguro del 20% por los servicios aprobados. No existe ningún límite en lo que usted podría pagar por cuenta propia por estos servicios en un año.

Parte A de Medicare

Cubre las hospitalizaciones, la atención en centros de enfermería especializada, la atención médica a domicilio y los cuidados paliativos. Es posible que no tenga que pagar la prima de la Parte A si usted o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare (también denominados impuestos FICA) durante cierto tiempo mientras trabajaban. La cantidad que paga al mes por su prima depende del tiempo que haya pagado los impuestos de Medicare.

Parte B de Medicare

cubre una serie de servicios médicos, como consultas médicas y análisis, atención de salud mental, equipos médicos duraderos y suministros, la mayoría de los servicios preventivos y determinados medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en condiciones limitadas. La cantidad que paga (también conocido como prima) por la Parte B depende de sus ingresos según su declaración de impuestos ante el IRS (Servicio de Impuestos Internos) de hace dos años. Por ejemplo, su declaración de impuestos de 2023 se utilizará para determinar su prima de la Parte B de 2025. La mayoría de las personas pagan la prima estándar de la Parte B, pero si sus ingresos anteriores superan una determinada cantidad,

es posible que tenga que pagar más. Este cargo adicional se denomina Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA, o ajuste mensual en función del ingreso).

Planes Medicare Advantage (Parte C)

Se consideran planes “todo en uno” o “agrupados” y pueden constituir una alternativa al Medicare Original. Los planes Advantage incluyen la Parte A, la Parte B y, normalmente, la Parte D todos en un solo plan y son ofrecidos por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare. Estos planes deben cumplir con las normas de cobertura de Medicare. A veces, los planes Advantage ofrecen beneficios adicionales no incluidas en el Medicare Original, como oftalmología, otorrinolaringología, odontología, transporte, medicamentos sin receta (de venta libre) y servicios que promueven la salud y el bienestar (por ejemplo, la inscripción a un gimnasio). Más adelante hablaremos de las ventajas y desventajas de los planes Medicare Advantage.

Parte D de Medicare

Proporciona cobertura de medicamentos recetados. Estos planes, vendidos por compañías de seguro privadas, le ayudan a pagar los medicamentos. Cada plan cubre

medicamentos diferentes a precios distintos. Las primas del plan Medicare D dependerán del plan que elija. Para inscribirse en un plan de Parte D de Medicare, debe estar ya inscrito en la Parte A o en la Parte B de Medicare.

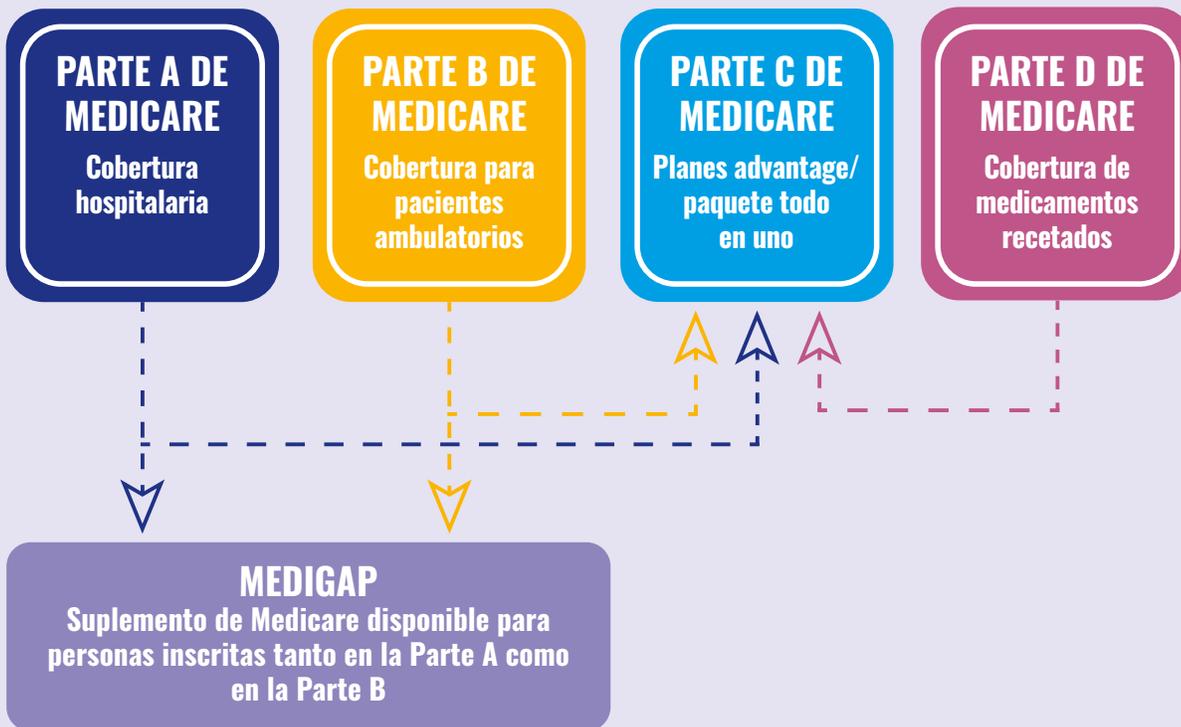
Planes complementarios de Medicare (También conocidos como Medigap)

Están diseñados para “llenar los vacíos” en la cobertura del Medicare Original. Estos planes ayudan a cubrir gastos como copagos, coseguros y deducibles que, de otro modo, tendría que pagar usted mismo. Para inscribirse en un plan complementario

de Medicare/Medigap, debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare Original. El costo de la prima y el nivel de cobertura dependen de la póliza específica que elija.

Medicare es un seguro individual, por lo que los cónyuges o dependientes no pueden estar juntos en el mismo plan de Medicare. Si más de una persona en la familia tiene derecho a Medicare, cada una de ellas es responsable de sus propias primas mensuales, deducibles y copagos. Esto se aplica tanto a los planes de Medicare Original como a los de Medicare Advantage, así como a los planes de la Parte D. No hay descuentos para matrimonios.

TIPOS DE PLANES DE MEDICARE



ELEGIBILIDAD PARA MEDICARE

La elegibilidad para Medicare depende de factores tales como edad, ciudadanía o estado de residencia, historial laboral y padecimientos médicos específicos. Para ser elegible para Medicare, debe tener 40 créditos laborales. Esto significa que debe haber trabajado y ganado suficiente dinero para obtener 40 créditos laborales a lo largo de su vida. Es importante que entienda sus opciones de inscripción y las reglas de cada parte (Partes A, B y D, Medicare Advantage y planes Medigap).

Medicare proporciona seguro médico a los estadounidenses mayores de 65 años y a las personas con discapacidad que cumplan los requisitos. Sin embargo, el acceso al programa no siempre es automático.

Si tiene **65 años o más**, califica para recibir beneficios de Medicare si:

- Es ciudadano estadounidense o residente legal permanente que ha vivido en Estados Unidos durante al menos cinco años, y
- Está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Jubilación para Ferrocarrileros o ha trabajado el tiempo suficiente para tener derecho a esos beneficios, pero aún no las está cobrando, o
- Usted o su cónyuge son empleados públicos o jubilados que no cotizaron

en el Seguro Social pero sí pagaron los impuestos sobre nómina de Medicare cuando trabajaban.

Es posible que pueda ayudar a los miembros de su familia que reúnan los requisitos a obtener beneficios de Medicare basándose de su historial laboral. Por ejemplo, si su cónyuge no tiene suficientes créditos laborales para tener derecho a los beneficios hospitalarios de la Parte A sin prima, puede tener derecho a ellas con su historial laboral. Lo mismo ocurre con su cónyuge divorciado si estuvieron casados por lo menos 10 años.

Además, una persona más joven que tenga enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) puede tener derecho a Medicare basándose en el historial laboral de uno de sus progenitores.



Para saber cuándo debe solicitar Medicare, puede utilizar la calculadora de elegibilidad de Medicare que se encuentra aquí: www.medicare.gov/eligibilitypremiumcalc. Si es elegible, esta herramienta también le proporcionará información sobre las primas.

Sin embargo, estos son solo requisitos de elegibilidad. Los miembros de su familia no estarán cubiertos automáticamente por Medicare. Aún tendrán que inscribirse en un plan de Medicare.

Puede tener derecho a los beneficios de Medicare siendo **menor de 65 años** si:

- Ha estado recibiendo beneficios por incapacidad del Seguro Social durante al menos 24 meses (no necesariamente consecutivos), O BIEN
- Recibe una pensión por invalidez de la Junta de Jubilación para Ferrocarrileros y cumple determinados requisitos; O BIEN
- Usted tiene esclerosis lateral amiotrófica y se considera que usted tiene una incapacidad, lo que le da derecho inmediatamente, O BIEN
- Padece una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis periódica o un trasplante de riñón, y usted o su cónyuge han hecho pagos para su Seguro Social durante un periodo determinado en función de su edad.

Si trabaja a los 65 años

Si sigue trabajando y tiene un seguro médico por su empleo (o el empleo de su cónyuge) cuando tenga derecho a Medicare, las cosas funcionarán de forma un poco diferente. El hecho de que tenga que afiliarse a Medicare al cumplir los 65 años depende del tipo de seguro médico que tenga y del número de empleados de su empresa.

Si tiene seguro médico a través de su empleo actual o el de su cónyuge, no tiene que inscribirse en Medicare mientras usted (o su cónyuge) siga trabajando. Puede esperar a inscribirse hasta que usted (o su cónyuge) deje de trabajar o pierda su seguro médico.

Si sigue trabajando y tiene previsto mantener la cobertura del seguro médico colectivo de su empresa, hable con su administrador de beneficios para que le ayude a decidir cuándo debe inscribirse en la Parte B. Debería poder hacer sus elecciones durante el Periodo Especial de Inscripción (SEP, por sus siglas en inglés: Special Enrollment Period) a través de su empleador para cambiar, cancelar o añadir cobertura cuando cumpla 65 años.

- Si usted es autónomo o tiene un seguro médico que no está disponible para todos en la empresa: Pregunte a su proveedor de seguros si su cobertura es un plan de salud colectivo empresarial. Si no lo es, inscríbase en Medicare cuando cumpla 65 años para evitar pagar la penalización mensual por inscripción tardía en la Parte B.
- Si el empleador tiene menos de 20 trabajadores: Es posible que tenga que inscribirse en Medicare cuando cumpla 65 años para evitar interrupciones en su seguro médico provisto por su empleador. Consulte con su empleador.

COBRA y Medicare

Si tiene COBRA (cobertura temporal para determinadas situaciones en las que se



pierde la cobertura del trabajo) (COBRA, por sus siglas en inglés: Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), lo mejor es que se inscriba en Medicare en cuanto cumpla los requisitos para evitar una interrupción en su cobertura y una penalización por inscripción tardía en la Parte B. Si tiene COBRA antes de inscribirse en Medicare, es probable que su cobertura finalice cuando se inscriba en Medicare. Debe inscribirse en la Parte B inmediatamente porque no tiene derecho al SEP cuando finalice COBRA.

Si tiene Parte A o Parte B de Medicare y después cumple los requisitos para asegurarse bajo COBRA, puede optar por inscribirse en COBRA. Medicare será su seguro principal y la cobertura de COBRA será su secundario. Esto significa que Medicare pagará la mayor parte de sus gastos médicos y COBRA solo pagará los gastos que Medicare no cubra.

COBRA puede ser cara, por lo que debe sopesar las ventajas y desventajas antes de

decidir si se inscribe o no. La cobertura de COBRA puede ser una buena opción si tiene gastos médicos elevados y su plan COBRA cubre los gastos compartidos de Medicare u ofrece otros beneficios necesarios. Sin embargo, si no tiene muchos gastos médicos, es posible que sea más conveniente seguir con Medicare.

Adquirir Medicare si no tiene suficientes créditos de trabajo

Si no tiene derecho a Medicare por su historial laboral o el de su cónyuge, pero es ciudadano estadounidense o residente legal desde hace al menos cinco años, puede obtener los beneficios completos de Medicare a partir de los 65 años si los contrata. Esto implica:

- **Pagar las primas de la Parte A.** Cuánto paga por la Parte A depende del tiempo que haya trabajado. Cuanto más tiempo trabaje, más créditos de trabajo obtendrá. Los créditos de trabajo se basan en sus ingresos; la cantidad de ingresos que se necesita para obtener un crédito de

trabajo cambia cada año. Puede obtener un máximo de 4 créditos de trabajo al año. Si tiene menos de 30 créditos de trabajo, paga el máximo. Si tiene entre 30 y 39 créditos, pagará menos, y si sigue trabajando hasta obtener 40 créditos, ya no tendrá que pagar primas por la Parte A.

- **Pagar las mismas primas mensuales por la Parte B** que pagan los demás afiliados, con tarifas más elevadas para las personas con ingresos más altos.
- **Pagar la misma prima mensual por la Parte D** para la cobertura de medicamentos recetados que pagan los demás afiliados en el plan de medicamentos que elija, con tarifas más altas para las personas con ingresos más altos. Al igual que en el caso de la Parte B, puede estar sujeto a un ajuste mensual en función del ingreso si sus ingresos superan un determinado nivel (IRMAA). Si debe pagar un ajuste mensual en función del ingreso (IRMAA), pagará su prima más un cargo adicional.

Si tiene derecho a la cobertura de Medicare, también tiene derecho a la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). Para inscribirse en la Parte D, debe estar inscrito en la Parte A o en la Parte B de Medicare.

Independientemente de los ingresos, el estado de salud o el uso de medicamentos recetados, todas las personas que cuentan con Medicare pueden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. La cobertura de medicamentos de Medicare solo está disponible a través de planes privados aprobados por Medicare. Si tiene la Parte A o la Parte B de Medicare y no tiene otra cobertura de medicamentos acreditable (“acreditable” significa que la cobertura de medicamentos que tiene es tan buena como la que ofrece un plan de la Parte D), debe inscribirse en un plan de la Parte D, aunque actualmente no tome ningún medicamento recetado. Si recibe atención ambulatoria, es probable que necesite medicamentos que se le receten.

REGLAS ESPECIALES A TENER EN CUENTA

1

Puede inscribirse en la Parte B de Medicare sin adquirir la Parte A, pero si adquiere la Parte A, también deberá inscribirse en la Parte B.

2

Puede inscribirse en la Parte D si tiene la Parte A o la Parte B de Medicare.

3

No puede inscribirse en un plan Medicare Advantage ni contratar un seguro complementario Medigap a menos que esté inscrito en las Partes A y B.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

La Parte D de Medicare es una cobertura opcional de medicamentos de venta con receta que está disponible para cualquier persona con Medicare. Se puede obtener por medio de dos opciones: un plan de medicamentos de Medicare o junto con un Plan Medicare Advantage. Antes de elegir, es importante que considere factores tales como la lista de medicamentos (los medicamentos cubiertos y su costo), los gastos reembolsables, las opciones de farmacia y las fases de cobertura. Una vez que elija un plan, deberá continuar con él hasta el siguiente periodo anual de Inscripción Abierta que inicia el 15 de octubre

La Parte D de Medicare ayuda a pagar los medicamentos recetados. Es opcional, pero incluso si no tiene ningún medicamento recetado, es una buena idea considerar la compra de cobertura de medicamentos.

La Parte D de Medicare está disponible para todas las personas que cuentan con Medicare, y los planes son gestionados por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare. Cada plan independiente tiene costos diferentes y una lista de medicamentos cubiertos denominada lista de medicamentos. Todos los planes deben cubrir tanto los medicamentos de patente (marca) como los genéricos, pero los medicamentos específicos cubiertos y la estructura de costos pueden variar. **Si decide no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando reúna los requisitos por primera vez, es posible que tenga que pagar una penalización si se inscribe más tarde.**

Puede obtener cobertura de medicamentos a través de un plan de medicamentos de Medicare o de un plan Medicare Advantage:

- Los planes de medicamentos de Medicare añaden cobertura de

medicamentos al Medicare Original. Debe contar con la Parte A o la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente.

- Los planes Medicare Advantage (u otros planes de salud de Medicare) combinan todas sus coberturas en un solo plan, que incluyen la cobertura de la Parte A, la Parte B y cobertura de medicamentos. Sin embargo, no todos los planes Medicare Advantage ofrecen beneficios de medicamentos recetados. Si elige un plan Medicare Advantage, asegúrese de preguntar sobre la cobertura de medicamentos y de revisar el formulario de medicamentos para ver si incluye los medicamentos que le recetan antes de inscribirse.

Si no solicita la cobertura de medicamentos cuando cumpla los requisitos por primera vez, puede hacerlo durante el periodo anual de inscripción abierta, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente. Durante este periodo, usted puede:

- Inscribirse o unirse a un plan de medicamentos de Medicare;
- Cambiar de un plan de medicamentos de Medicare a otro plan de medicamentos de Medicare;
- Abandonar por completo la cobertura de medicamentos de Medicare.

Si desea unirse, darse de baja (dejar su cobertura) o cambiar de plan fuera del periodo de inscripción abierta, puede hacerlo si:

- Se muda a un centro de cuidados de adultos mayores o a un centro de enfermería especializada;
- Se muda fuera de la zona de cobertura del seguro;
- Pierde la cobertura de medicamentos (por ejemplo, si deja de tener los beneficios de su empleador);

- Tiene Medicaid (si está inscrito en un programa de subsidio por bajos ingresos puede cambiar de plan 3 veces al año);
- Desea cambiarse a un plan que tenga una mejor calificación.

Medicare califica los planes Medicare Advantage y de la Parte D usando un sistema de calificación por estrellas. Una calificación de 5 estrellas es la mejor, mientras que una calificación de 1 estrella es la peor. La calificación se basa en muchos factores, como las valoraciones de los afiliados al plan, la calidad de la atención y las quejas de los afiliados. Las calificaciones se pueden encontrar en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Puede utilizar las calificaciones, junto con consideraciones como el costo y la cobertura, para elegir el plan adecuado para usted.

PREGUNTAS SOBRE MEDICAMENTOS DURANTE EL PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

- ¿Están cubiertos los medicamentos que tomo actualmente?
- ¿Cuánto pagaré mensualmente por los medicamentos que están incluidos en la lista de medicamentos?
- ¿Cuánto pagaré mensualmente por los medicamentos que no están incluidos en la lista de medicamentos?
- ¿Puedo escoger mi farmacia?
- ¿Existe la opción de farmacia de venta por correo?
- ¿Qué otros gastos por cuenta propia debo tener en cuenta?
- ¿Ofrece el plan cobertura en varios estados?

CATEGORÍA DE MEDICAMENTOS

Una categoría de medicamentos es un grupo de fármacos que tratan los mismos síntomas o tienen efectos similares en el organismo. Todos los planes de la Parte D deben incluir al menos dos medicamentos de la mayoría de las categorías y deben cubrir todos los medicamentos disponibles en las siguientes categorías:

- Tratamientos del VIH/SIDA
- Antidepresivos
- Medicamentos antipsicóticos
- Tratamientos anticonvulsivos para los trastornos convulsivos
- Medicamentos inmunosupresores
- Antineoplásicos (salvo que estén cubiertos por la Parte B)

Los planes de la Parte D también deben cubrir la mayoría de las vacunas (excepto algunas que están cubiertas por la Parte B). Las vacunas son gratuitas bajo Medicare, lo que significa que no debe pagar copagos, coseguros ni deducibles.

La Parte D puede cubrir la insulina y los suministros médicos utilizados para inyectarse insulina (como jeringas, gasas e hisopos con alcohol), si su médico le receta estos artículos y están incluidos en la lista de medicamentos del plan. Los copagos de insulina

cubierta por la Parte D tienen un límite de 35 dólares al mes sin deducible.

Todos los planes deben cubrir una amplia gama de medicamentos de patente y genéricos, incluidos la mayoría de los medicamentos para enfermedades como el cáncer y el VIH.

Cada plan tiene su propia lista de medicamentos cubiertos, denominada "lista de medicamentos", los cuales pueden variar. Los planes suelen clasificar los medicamentos en diferentes niveles en sus formularios;

REGLAS DEL PLAN DE LA PARTE D QUE LIMITAN LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS



AUTORIZACIÓN PREVIA

Usted y/o la persona autorizada para recetarle medicamentos (un médico u otro profesional sanitario al que se le permite escribir recetas) deben comunicarse con el plan de medicamentos antes de que se le puedan surtir determinadas recetas. Es posible que tenga que demostrar que el medicamento es medicamento necesario para que el plan lo pague



LÍMITES DE CANTIDAD

Indican la cantidad máxima de medicamento que puede recibir en un periodo de tiempo específico (por ejemplo, al mes).



TERAPIA ESCALONADA

Es posible que tenga que probar medicamentos de menor costo antes de que el plan cubra un medicamento recetado.

Si cree que estas normas de cobertura no deberían aplicarse en su situación, puede solicitar una excepción colaborando con su prescriptor y llenando los formularios necesarios.

los medicamentos de nivel inferior cuestan menos que los de nivel superior. Los planes pueden hacer cambios en sus listas de medicamentos después de que usted se inscriba para mantenerse al día con los nuevos medicamentos o la información médica.

Su plan de la Parte D también puede enviarle una denegación (llamada determinación de cobertura) indicando que su medicamento no cumple las normas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés: Food and Drug Administration). La FDA es una agencia federal responsable de proteger la salud pública garantizando que los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos sean seguros y eficaces. Los medicamentos que la evaluación de la FDA considera poco eficaces quedan excluidos de la cobertura de la Parte D. Si su médico le receta un medicamento incluido en la lista de medicamentos de su plan por un motivo distinto al uso aprobado por la FDA (o que figura en uno de los tres compendios de medicamentos de Medicare, una especie de enciclopedia médica), es posible que el medicamento no esté cubierto.

Si el medicamento que le ha recetado su médico no está en su lista de medicamentos, tiene algunas opciones. Puede colaborar con su médico para pedir una excepción o presentar una apelación, o puede pagar usted mismo de su bolsillo el medicamento.

Puede solicitar una excepción a las normas de cobertura de su plan de salud si usted:

- Necesita un medicamento que no está en el formulario de su plan.
- Cree que se le debe permitir una excepción de una norma de cobertura, como la autorización previa.
- Cree que debe pagar menos por un medicamento de nivel superior (más caro) porque usted o su médico creen que usted no puede tomar ninguno de los medicamentos de nivel inferior (menos caros) para la misma enfermedad.



Entre los medicamentos sin receta (de venta libre) que no suelen estar cubiertos por los planes de la Parte D se incluyen:

- Vitaminas, minerales o suplementos
- Cualquier medicamento con fines cosméticos o para adelgazar
- Medicamentos utilizados para tratar los síntomas del resfriado o la tos
- La mayoría de los demás medicamentos sin recetas (de venta libre)



Importante: Usted no puede solicitar una excepción de nivel para un medicamento de un nivel de especialidad.

Si su farmacia de la red no puede surtir una receta, le proporcionará un aviso que le explicará cómo comunicarse con su plan de medicamentos de Medicare para solicitar una excepción. Este aviso incluirá la información de contacto de su plan, así como los pasos específicos que debe seguir para solicitar una excepción.

Si el farmacéutico no le entrega este aviso, debe pedirlo. Usted tiene derecho a solicitar una excepción, y el farmacéutico está obligado a facilitarle la información que necesite para hacerlo.

Costo de la Parte D de Medicare

Es posible que note que paga distintas cantidades por sus medicamentos a lo largo del año. Esto se debe a que los planes de la Parte D tienen diferentes fases de cobertura, y la cantidad que usted paga depende de la fase en la que se encuentre. Las fases se determinan en función de lo que usted y su plan hayan pagado por los medicamentos.

1. La fase de deducible | Comenzará el año del plan en la fase de deducible, durante la cual usted será responsable de cubrir el costo total del medicamento. La cantidades deducibles varían en función del plan elegido.

2. El periodo de cobertura inicial | Después de que cumpla su deducible, comienza el periodo de cobertura inicial. En esta fase, usted y su plan comparten el costo de los

medicamentos. Usted paga los copagos o el coseguro a la farmacia.

3. El periodo sin cobertura (también conocido como agujero de la donut (en inglés: “donut hole”)) | Una vez que el costo total de sus medicamentos alcanza una determinada cantidad, entra en el periodo sin cobertura, también conocido como “donut hole”. Esta cantidad cambia cada año e incluye lo que usted y su plan han pagado por los medicamentos. Cuando llega el periodo sin cobertura, debe pagar el 25 % del precio de los medicamentos. El hecho que pague copagos elevados no significa que no vaya a alcanzar al periodo sin cobertura, ya que para calcular los costos de esta fase se tiene en cuenta lo que usted ha pagado y lo que ha pagado su plan.

4. Cobertura catastrófica | Una vez que haya pagado una determinada cantidad (el umbral) de gastos por cuenta propia por los medicamentos con receta cubiertos, saldrá del periodo sin cobertura y pasará a la fase de cobertura catastrófica. El umbral se alcanza a través de sus pagos de deducibles, copagos y/o el coseguro pagados durante el periodo de cobertura inicial, y el costo de los medicamentos pagados durante el periodo sin cobertura. Los pagos del plan de seguro, sus pagos por medicamentos excluidos y su prima mensual no cuentan para el umbral de cobertura catastrófica.

El umbral de cobertura catastrófica cambia cada año. En 2023, el umbral de cobertura catastrófica es de \$7,400. Una vez que comience la cobertura catastrófica, usted

pagará 5 % del costo de cada uno de sus medicamentos, o \$4.15 por los medicamentos genéricos y \$10.35 por los medicamentos de marca (la cantidad que sea mayor). Esta cantidad puede variar cada año. Su plan de

la Parte D hará un seguimiento de cuánto dinero ha gastado en medicamentos, lo que determinará su fase de cobertura. Puede encontrar esta información en su Explicación de Beneficios o llamando al plan.

FASES DE COBERTURA DE LA PARTE D DE MEDICARE

FASE 01 DEDUCIBLE

Comenzará el año del plan en la fase de deducible, durante la cual usted será **responsable de cubrir el costo total de su medicamento**. Las cantidades del deducible varían en función del plan elegido.

COBERTURA INICIAL

Una vez satisfecho el deducible, comienza el periodo de cobertura inicial. En esta fase, usted y su plan comparten el costo de los medicamentos. **Usted paga los copagos o el coseguro a la farmacia.**

FASE 02

FASE 03 PERIODO SIN COBERTURA

Una vez que el costo total de sus medicamentos alcanza una determinada cantidad, entra en el periodo sin cobertura, también conocido como el “donut hole”. Cuando llega el periodo sin cobertura, **debe pagar el 25 % del precio de los medicamentos**.

COBERTURA CATASTRÓFICA

Una vez que haya pagado una determinada cantidad (el umbral) de gastos por cuenta propia por los medicamentos recetados cubiertos, saldrá del periodo sin cobertura y pasará a la fase de cobertura catastrófica. Una vez que comience la cobertura catastrófica, **usted pagará 5 % del costo de cada uno de sus medicamentos, o \$4.15 por los medicamentos genéricos y \$10.35 por los medicamentos de marca (lo que sea mayor)**. Esta cantidad puede variar cada año.

FASE 04



M E D I C A R E

A partir de 2025, se pondrán límites a los gastos por cuenta propia. Las personas con planes de la Parte D no pagarán más de \$2,000 al año en gastos por cuenta propia por los medicamentos cubiertos.

Los costos de la Parte D de Medicare dependen del plan que elija, de la cobertura y de los gastos por cuenta propia. Otros factores que afectan en lo que puede llegar a pagar son:

- Su ubicación y los planes disponibles en su zona
- El tipo de cobertura que busca
- En qué “fase de cobertura” se encuentra
- Sus ingresos anuales, que pueden determinar su prima mensual
- Los medicamentos que le recete su médico
- El nivel al que pertenece el medicamento (el más bajo suele ser más barato)

Aplicar para la Parte D

Una vez que haya elegido un plan de medicamentos de Medicare, puede solicitar la cobertura de los medicamentos recetados:

- Solicitándolo en el buscador de planes de Medicare o en el sitio web del plan
- Llenando un formulario de solicitud en papel
- Llamando directamente al plan
- Llamando al 1 800 MEDICARE o al SHIP (El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés: State Health Insurance Assistance Program))

Cuando se inscriba en un plan de medicamentos de Medicare, deberá indicar su número de Medicare y la fecha de inicio de su cobertura de la Parte A o de la Parte B. Esta información se le proporcionará al momento de inscribirse y también está impresa en su tarjeta de Medicare.

Antes de decidirse por un plan de medicamentos de Medicare:

- Lea todo el material que reciba de su aseguradora o proveedor del plan, si tiene (o reúne los requisitos para tener) otro tipo de cobertura de medicamentos (como un plan proporcionado por su empleador)
- Compare su cobertura actual con la cobertura de medicamentos de Medicare
- Pregunte cómo funciona la Parte D con cualquier otra cobertura de medicamentos que usted pueda tener
- Elija si desea que su prima mensual se deduzca de su pago del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferrocarrileros

Es importante elegir un plan que funcione para sus necesidades. Una vez que elija un plan, deberá permanecer en él hasta el próximo periodo de inscripción abierta, que comienza el 15 de octubre, a menos que se encuentre con una situación especial (más información al respecto en la página 25).

COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE A O LA PARTE B DE MEDICARE

La Parte A de Medicare paga los medicamentos durante una estancia en un hospital o institución de enfermería especializada cubierta por Medicare, mientras que la Parte B cubre los medicamentos administrados por un profesional de la salud en lugares como consultorios médicos o centros de salud. La Parte B también cubre tratamientos intravenosos, alimentación por sonda y ciertos medicamentos relacionados con el trasplante de órganos. Si no está seguro de la cobertura, consulte a su médico o contacte a su plan de medicamentos para solicitar una aclaración.

A veces, en lugar de que el medicamento sea pagado por la Parte D de Medicare, lo pagará la Parte A o la Parte B de Medicare. La Parte A cubre los medicamentos que necesite durante una estadía cubierta por Medicare en un hospital o centro de enfermería especializada. La Parte B cubre los medicamentos que normalmente usted no se administraría a sí mismo, como los que recibe en una consulta médica o en el área de consulta externa de un hospital. Estos medicamentos inyectables y administrables mediante infusión están cubiertos por la Parte B en la mayoría de los casos porque no suelen ser autoadministrados. La Parte B también cubre los tratamientos intravenosos, la alimentación por sonda y determinados medicamentos utilizados para trasplantes

o para prevenir el rechazo de órganos trasplantados. Si Medicare le ayudó a pagar el trasplante de órgano, la Parte B puede cubrir los medicamentos relacionados con el mismo. Si es menor de 65 años, vive con un trasplante de riñón y cumple otros criterios, puede reunir los requisitos para que Medicare cubra sus medicamentos inmunosupresores durante toda la vida del trasplante. Además, la Parte B de Medicare puede ayudar a pagar determinados medicamentos orales contra el cáncer si existe una versión inyectable del mismo medicamento.

Si no está seguro de qué parte de Medicare cubre sus medicamentos, puede hablar con su médico o llamar a su plan de medicamentos para preguntar.



PÓLIZAS COMPLEMENTARIAS (SUPLEMENTARIAS) DE MEDICARE (MEDIGAP)

Las pólizas del Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) son planes de seguro privado diseñados para ayudar a cubrir los gastos reembolsables que el plan original de Medicare no cubre en su totalidad, como deducibles, copagos y coseguros. Algunos estados tienen diferentes opciones, pero, en general, hay diez opciones etiquetadas como A, B, C, D, F, G, K, L, M y N. Es importante elegir un plan Medigap que se adapte a sus necesidades de atención médica y a su situación financiera, tanto actuales como futuras.

Las Partes A y B de Medicare cubren muchos servicios, pero no lo cubren todo. Esto significa que muchos beneficiarios de Medicare a menudo tienen dificultades para pagar gastos por su cuenta, como deducibles, copagos y coseguros. Para disminuir estos gastos de su bolsillo, puede optar por contratar una póliza complementaria de Medicare, también conocida como Medigap.

Las empresas privadas venden planes de Medigap, pero están obligadas a seguir las reglas establecidas por el gobierno federal para protegerlo. Si tiene el Medicare Original, puede comprar un plan Medigap, pero si tiene un plan Medicare Advantage, esta opción no está disponible porque los beneficios que ofrece Medigap ya están incluidos en su plan Medicare Advantage. Las pólizas Medigap no pueden pagar sus deducibles, copagos o coseguros de Medicare Advantage.

Al elegir un plan, debe tener en cuenta qué beneficios necesita ahora, cuáles podría necesitar en el futuro y cuáles serán sus ingresos en el futuro. Luego, utilice esa información para elegir la póliza que mejor se adapte a sus necesidades.

Durante el Periodo de Inscripción Inicial, usted está protegido por los “derechos de emisión garantizados”, que obligan a los proveedores de seguros Medigap a venderle un plan sin restricciones ni incrementos de las tarifas de las primas en función de los problemas de salud preexistentes. Los derechos de emisión garantizados solo se aplican cuando se inscribe por primera vez en un plan Medigap, durante los siguientes periodos:

- Dentro de los 6 meses siguientes a la inscripción en la Parte B de Medicare si tiene 65 años o más
- Tiene Medicare Original y un plan de salud colectivo de su

Una vez finalizado el Periodo de Inscripción Abierta de Medigap, es posible que no pueda contratar una póliza. Si puede comprar una o quiere cambiar de póliza más adelante, puede que le cueste más.



empleador (incluida la cobertura para jubilados o bajo COBRA) que paga después de que Medicare y ese plan ha finalizado

- Dentro de los 12 meses posteriores a la cancelación de un plan Medicare Advantage si se inscribió en un plan Medicare Advantage cuando cumplió los requisitos de Medicare por primera vez
- Si su plan Medicare Advantage ya no se ofrece en su área
- Si se mudó fuera de la área del plan Medicare Advantage

Las pólizas Medigap ofrecen los mismos beneficios básicos independientemente de la compañía aseguradora, pero los costos pueden variar. Hay diez opciones, identificadas por las letras A, B, C, D, F, G, K, L, M y N. Estas letras no tienen nada que ver con el programa de Medicare que elija. Es posible que algunos planes no acepten nuevos afiliados, y algunos estados como Massachusetts, Minnesota y Wisconsin tienen diferentes opciones de planes.



Si tiene menos de 65 años, es posible que no pueda comprar una póliza Medigap o que tenga que pagar más porque el gobierno federal no obliga a las compañías a vender pólizas Medigap a los menores de 65 años.

Debe consultar al Departamento de Seguros de su estado para conocer sus derechos.



Comprar una póliza Medigap es voluntario y usted es responsable del pago de la prima, que es adicional a la prima mensual de la Parte B que usted paga a Medicare. Mientras siga pagando las primas de su póliza Medigap y de la Parte B, podrá conservar su póliza aunque tenga problemas de salud.

CÓMO ELEGIR LA MEJOR OPCIÓN DE MEDICARE PARA USTED

Al elegir la mejor opción de Medicare, dese su tiempo para tomar una decisión informada. Considere los diferentes factores, como los costos del plan, sus necesidades médicas, sus medicamentos de venta con receta y la cobertura para sus proveedores. Para los Planes Medicare Advantage, tenga en cuenta los gastos reembolsables, las restricciones de red y la cobertura de medicamentos de venta con receta. Utilice los recursos a su disposición, como la [herramienta de comparación de planes de Medicare.gov](#), para comparar los diferentes planes y la cobertura en su área.

Estos son algunos consejos que debe tener en cuenta a la hora de analizar un plan y decidir cuál es el más adecuado para usted:

- Asegúrese de que entiende los costos del plan, incluidas las primas, los deducibles y otros gastos pagados por cuenta propia.
- Asegúrese de que el plan cubre los servicios específicos que necesita. Aunque todos los planes de Medicare cubren los servicios proporcionados por Medicare Original, algunos planes como Medicare Advantage pueden ofrecer beneficios adicionales que usted pueda necesitar.
- Verifique que el plan elegido es aceptado por sus proveedores y/o centros que lo atienden actualmente. Si elige Medicare Original, puede acudir a cualquier proveedor o centro que acepte Medicare. Sin embargo, si usted elige un plan Advantage, tendrá una red de proveedores para elegir. Las redes están formadas por proveedores que han establecido un contrato con su plan para prestar servicios. A veces, también puede tener beneficios fuera de la red que le permitan recibir

servicios de un proveedor o centro no contratado por su plan, pero es probable que le cueste más que permanecer dentro de la red.

- Revise el formulario de medicamentos del plan para ver si cubre los que le recetan actualmente. Las listas de medicamentos pueden variar según el plan, pero todos los planes deben ofrecer un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare.
- Tómese el tiempo necesario para elegir su plan Medicare y comprender las opciones disponibles. Es importante saber qué plan cubre sus necesidades de atención médica y los costos asociados a la hora de tomar una decisión.

Consideraciones sobre los Planes Medicare Advantage

Los gastos por cuenta propia de Medicare Advantage, incluida la prima mensual, varían. Los planes Advantage establecen un límite a la cantidad que debe pagar cada año. Una vez que alcance este límite, los servicios dentro de la red estarán cubiertos en su totalidad

(100 %). Los gastos de su bolsillo pueden ser más bajos con un plan Advantage que con Medicare Original. El tipo de plan Advantage que elija también puede afectar cómo recibe la atención médica. Es posible que necesite referencias para ver a especialistas o que tenga que acudir a proveedores o centros específicos que formen parte de la red del plan.

La mayoría de los planes Medicare Advantage, aunque no todos, incluyen la cobertura de

los medicamentos recetados. Si está inscrito en un plan Advantage sin cobertura de medicamentos recetados, puede inscribirse en otro Plan de la Parte D. **Tenga en cuenta que si se inscribe en otro plan de la Parte D mientras tiene cobertura de medicamentos recetados a través de su plan Advantage, se le cancelará la inscripción y se le volverá a inscribir en el Medicare Original.**

Marque las casillas para indicar qué aspectos son los más importantes para usted.

MEDICARE ORIGINAL	CARACTERÍSTICAS	MEDICARE ADVANTAGE
No <input type="checkbox"/>	¿Requiere aprobación previa para los servicios?	<input type="checkbox"/> Sí
En EE. UU., la mayoría de los médicos aceptan Medicare <input type="checkbox"/>	Proveedores participantes	<input type="checkbox"/> Dispone de redes de médicos más pequeñas y locales
No hay límite para los gastos pagados por cuenta propia <input type="checkbox"/>	Límite de costos	<input type="checkbox"/> Hay un límite máximo de gastos pagados por cuenta propia que puede variar según el plan, el condado y el año
No hay cobertura para prestaciones como exámenes de la vista, la mayoría de los cuidados dentales y audífonos <input type="checkbox"/>	Prestaciones adicionales	<input type="checkbox"/> Puede ofrecer prestaciones adicionales como servicios de visión, audición y dentales

Primas y gastos no cubiertos previstos

Las primas totales de los planes Medicare Original y Medicare Advantage pueden ser muy similares. Si las primas mensuales de un plan son bajas, su deducible o copagos pueden ser más elevados. Los gastos pagados por cuenta propia pueden variar considerablemente de un plan a otro.

Comparación de planes

Para encontrar qué plan puede ser el mejor para usted, puede comparar los distintos planes de Medicare y la cobertura que ofrecen en su área. Puede hacerlo utilizando la herramienta [de comparación de planes de](#)

[Medicare.gov](#). Esta es una gran herramienta que le permite buscar planes, revisar qué proveedores están incluidos y consultar la lista de medicamentos cubiertos. También puede utilizar el siguiente cuadro para comparar planes.

PARTES Y COBERTURA DE MEDICARE

	PORTE A DE MEDICARE	PORTE B DE MEDICARE	PORTE C DE MEDICARE PLANES MEDICARE ADVANTAGE	PORTE D DE MEDICARE Debe tener la Parte A o B para inscribirse	MEDIGAP Debe tener las Partes A y B para inscribirse
Las hospitalizaciones	✓	✗	✓	✗	✗
La atención médica adomicilio	✓	✗	✓	✗	✗
Los cuidados paliativos	✓	✗	✓	✗	✗
Consulta externa	✗	✓	✓	✗	✗
Consultas y análisis	✗	✓	✓	✗	✗
Atención de salud mental	✗	✓	✓	✗	✗
Equipos médicos y suministros	✗	✓	✓	✗	✗
Visión, oído y dental	✗	✗	✓	✗	✗
Transporte	✗	✗	✓	✗	✗
Medicamentos sin receta (venta libre)	✗	✗	✓	✗	✗
Servicios de salud y bienestar	✗	✗	✓	✗	✗
Medicamento con receta médica	✗	✗	varía	✓	✗
Copagos y deducible	✗	✗	✗	✗	✓

PERIODOS DE INSCRIPCIÓN

Los periodos de inscripción de Medicare incluyen un Periodo de Inscripción Inicial, una Inscripción Abierta Anual, un Periodo de Inscripción General y Periodos de Inscripción Especial. Es importante entender las fechas y condiciones específicas de cada periodo para asegurar su inscripción puntual y evitar posibles sanciones por extemporaneidad.

Inscripción inicial

Cuando cumpla por primera vez los requisitos para inscribirse a Medicare, podrá inscribirse en la Parte A y/o en la Parte B durante un Periodo de Inscripción Inicial de 7 meses. El periodo de inscripción inicial comienza 3 meses antes de cumplir los 65 años y finaliza 3 meses después de cumplirlos. Durante este tiempo, puede optar por inscribirse en el Medicare Original con o sin la Parte D o en un plan Medicare Advantage. Si tiene menos

de 65 años y acaba de cumplir los requisitos para inscribirse a Medicare debido a una discapacidad, también dispone de un Periodo de Inscripción Inicial de 7 meses para elegir su cobertura de Medicare. El periodo de inscripción inicial comienza 3 meses antes de que cumpla 25 meses recibiendo los beneficios del Seguro Social por discapacidad o para ferrocarrileros y finaliza 3 meses después de que cumpla 25 meses recibiendo dichos beneficios.

Periodo de inscripción inicial de 7 meses (IEP)





Si se inscribe en Medicare durante los 3 primeros meses de su elegibilidad, su cobertura comenzará el primer día del mes en que cumpla 65 años. Si se inscribe durante el mes en que cumple 65 años, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si se inscribe en Medicare durante los tres últimos meses del Periodo de Inscripción Inicial, su cobertura de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente al mes en que se inscriba.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage durante su Período de Inscripción Inicial (IEP, por sus siglas en inglés: Initial Enrollment Period), tiene la opción de cambiarse a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) o volver a Medicare Original (con o sin plan de medicamentos) dentro de los 3 primeros meses de tener Medicare Parte A y Parte B.

Inscripción abierta anual

El periodo de inscripción abierta de Medicare tiene lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre. Durante este periodo, puede realizar cambios en su cobertura de Medicare. Es una buena oportunidad para revisar su plan actual y ver si existe una opción mejor para usted, sobre todo si sus necesidades de salud han cambiado en el último año.

Cualquier cambio que realice en su cobertura de Medicare durante este periodo de inscripción entrará en vigor el 1 de enero del año siguiente.

Durante este periodo de inscripción, usted puede:

- Cambiar de Medicare Original a un plan Advantage
- Volver a Medicare Original luego de un plan Advantage
- Cambiar su plan Medicare Advantage a otro plan de Medicare Advantage
- Inscribirse, cambiar o cancelar su plan de la Parte D

Periodo de inscripción general

El periodo de inscripción abierta anual es del 1 de enero al 31 de marzo. Durante este periodo, puede inscribirse en la Parte A y/o en la Parte B de Medicare, sólo si no se inscribió cuando cumplió los requisitos por primera vez y si no cumple los requisitos para calificar para un Periodo de Inscripción Especial.

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

El Periodo de Inscripción Abierta anual tiene lugar del 1 de enero al 31 de marzo sólo si está inscrito en un plan Medicare Advantage. Su cobertura de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente de inscribirse.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, usted puede:

- Cambiar de plan Medicare Advantage
- Cambiarse a Medicare Original e inscribirse a un Plan de la Parte D

Durante este periodo de inscripción, no podrá cambiar de Medicare Original a un plan Medicare Advantage ni inscribirse o cambiar de plan Medicare de Medicamentos Recetados si está inscrito en Medicare Original.

Periodos especiales de inscripción

Algunas circunstancias especiales pueden permitirle inscribirse en Medicare en un Periodo de Inscripción Especial (SEP). Si no se inscribió en las Partes A y/o B de Medicare durante su inscripción inicial porque tenía cobertura a través de su empleador o del empleador de su cónyuge, podrá calificar para un SEP cuando decida inscribirse en las Partes A y/o B.

Puede utilizar su SEP para inscribirse en Medicare Original en cualquier momento mientras esté cubierto por el seguro de su empleador o durante el periodo de inscripción

de 8 meses que tiene después de que finalice esta cobertura. Si no se inscribe durante este Periodo de Inscripción Especial de 8 meses, su próxima oportunidad de inscribirse será durante el siguiente Periodo de Inscripción General.

Es posible que tenga derecho a un SEP por otros motivos, como una mudanza reciente, y podrá cambiarse a un nuevo plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos Recetados.

El plazo del SEP y la fecha de entrada en vigor de su nueva cobertura variarán dependiendo de la circunstancia que le haya hecho merecedor de un SEP. Si decide no inscribirse en Medicare durante el Periodo de Inscripción Inicial y no cumple alguna de las condiciones determinadas para acogerse a un SEP, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía.

OTRAS CIRCUNSTANCIAS PARA UN SEP

- Perder su actual cobertura de seguro médico (incluyendo Medicaid)
- Su plan actual cambia su contrato con Medicare
- Recibe una notificación de error de Medicare para su plan
- Catástrofe o emergencia declarada por el gobierno
- Su empleador o seguro médico de grupo han cometido un error o han presentado de forma engañosa su cobertura
- Estuvo encarcelado y no se inscribió durante el Periodo de Inscripción Inicial, o estaba inscrito en Medicare antes de ser encarcelado y dejó de pagar las primas

Y otras, que se encuentran aquí: <https://es.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/get-more-coverage/joining-a-plan/special-enrollment-periods>.

Penalización por inscripción tardía

Penalización por inscripción tardía en la Parte A | Si necesita contratar la Parte A de Medicare porque no reúne los requisitos para un plan sin prima o no se inscribió durante el Periodo de Inscripción Inicial, su prima mensual puede aumentar un 10 % por el doble del número de años que no tuvo la Parte A.



EJEMPLO: Si pudo haber tenido cobertura de la Parte A durante tres años, pero no se inscribió (y no califico unirse durante un SEP), pagará un 10 % más del costo habitual, cada año durante un total de seis años.

Penalización por inscripción tardía en la Parte B | Si no se inscribió en la Parte B de Medicare durante el Periodo de Inscripción Inicial, su penalización aumentará en un 10 % por cada año completo que continúe sin cobertura de la Parte B. Esta penalización durará mientras cuenta con la Parte B de Medicare.



EJEMPLO: Si pudo haber tenido cobertura de la Parte B durante tres años, pero no se inscribió (y no califico unirse durante un SEP) pagará una cuota adicional del 30 % cuando se inscriba, durante todo el tiempo que esté inscrito.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D | Si transcurren 63 días o más después del Periodo de Inscripción Inicial sin que tenga cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable (como un plan de recetas a través de su empleador o del empleador de su cónyuge), se le penalizará por inscripción tardía. La cantidad en dólares de la Penalización por Inscripción Tardía dependerá del tiempo que pase sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos y, por lo general, durará todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos de Medicare. La cantidad de la penalización es el 1 % del promedio nacional de la prima de los planes de la Parte D (denominada prima básica nacional para beneficiarios) multiplicado por el número de meses completos sin cobertura en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. La prima mensual se redondea al \$0.10 más próximo y se añade a su prima mensual de la Parte D. La prima básica nacional para beneficiarios puede cambiar cada año, lo que afectará la cantidad de la penalización que pague.



EJEMPLO: En 2023, si tenía derecho a Medicare pero esperó tres años para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare (y no tenía otra cobertura de medicamentos) pagaría una penalización adicional del 36 % por la prima mensual de su plan.

CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD PARA MEDICARE

Al solicitar Medicare, si ya está recibiendo los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board), entonces queda inscrito automáticamente en la Parte A. Si no está recibiendo beneficios, debe inscribirse a la Parte A o B de Medicare a través del sitio web [SSA.gov](https://www.ssa.gov) o contactando al Seguro Social. La cobertura inicial se basa en la fecha de inscripción; la Parte A inicia el mes en que cumple 65 años y la Parte B se basa en su mes de inscripción. Luego del Periodo de Inscripción Inicial, puede inscribirse durante el Periodo de Inscripción General o Especial. Además, puede elegir inscribirse en la Parte D, en una póliza de Medigap o en un Plan Medicare Advantage, simultáneamente.

Cuando solicita beneficios de jubilación o invalidez al Seguro Social o a la Junta de Jubilación para Ferrocarrileros, eso cuenta como su solicitud de Medicare. Una vez que le aprueben los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferrocarrileros, quedará inscrito(a) automáticamente en la cobertura de la Parte A (sin tener que pagar una prima por ella) cuando sea elegible para Medicare.

Si recibe beneficios del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferrocarrileros) al menos cuatro meses antes de cumplir los 65 años, obtendrá automáticamente la cobertura

de la Parte A. También estará inscrito en la Parte B. Sin embargo, como paga una prima mensual por la cobertura de la Parte B, puede optar por renunciar a esos beneficios.

Si aún no recibe beneficios del Seguro Social o no está preparado(a) para solicitarlas, debe inscribirse en las Partes A y B de Medicare a través del sitio web [SSA.gov](https://www.ssa.gov). Debe inscribirse en la Parte D en el sitio [Medicare.gov](https://www.medicare.gov). De forma predeterminada, estará inscrito(a) en las Partes A y B de Medicare a menos que elija de otra forma. Es posible que tenga otro seguro que ofrezca cobertura para los servicios médicos cubiertos por la Parte B.

CÓMO SOLICITAR MEDICARE



- Presente su solicitud en línea en www.ssa.gov/es/medicare/sign-up



- Visite su oficina local del Seguro Social (puede encontrar el localizador de oficinas en www.ssa.gov/es)



- Llame al Seguro Social al (800) 772-1213

- O llame a la Jubilación para Ferrocarrileros al (877) 772-5772 si usted o su cónyuge trabajaron para un ferrocarril.

También puede optar inscribirse en un plan de la Parte D, una póliza Medigap o un plan Medicare Advantage en este momento.

Si le faltan menos de tres meses para cumplir 65 años o más y no está preparado(a) para empezar a comenzar los beneficios mensuales del Seguro Social, puede usar la solicitud de jubilación por internet para darse de alta (renunciar al uso) de Medicare y solicitar los beneficios de jubilación o de cónyuge más adelante.

Si ya está inscrito(a) en la Parte A de Medicare y necesita inscribirse en la Parte B, [deberá llenar el formulario CMS 40B \(que encontrará en cms.gov\)](#) y enviarlo por correo o fax a la oficina local del Seguro Social. También puede llamar al Seguro Social al (800) 772 1213 o ponerse en contacto

con su oficina local del Seguro Social para solicitar ayuda. Es conveniente que verifique el estado de su solicitud de Medicare en su cuenta en línea, por teléfono o acudiendo a su oficina local de la Administración del Seguro Social.

Si desea solicitar un Periodo de Inscripción Especial, [deberá llenar el formulario CMS 10797 \(que encontrará en cms.gov\)](#) y enviarlo a su oficina local del Seguro Social por correo o por fax. Puede verificar el estado de su solicitud de Medicare en su cuenta en línea, por teléfono o visitando a su oficina local de la Administración del Seguro Social. Normalmente, la solicitud de Medicare tarda entre cuatro y ocho semanas en ser aprobada, por lo que si quiere tener cobertura de Medicare cuando cumpla 65 años, tendrá que llenar y enviar su solicitud al menos dos meses antes de su cumpleaños.

PUEDA OPTAR POR UTILIZAR UN AGENTE O CORREDOR AUTORIZADO PARA QUE LE AYUDE A INSCRIBIRSE EN LA COBERTURA DE MEDICARE QUE ELIJA.

Si decide hacerlo, aquí tiene algunas preguntas que puede hacerles sobre su inscripción y cobertura:

- ¿Cuándo debo comenzar la inscripción en Medicare para evitar penalidades o retrasos en la cobertura?
- ¿Seguiré estando cubierto si viajo fuera del estado?
- Si no estoy satisfecho con la cobertura, ¿puedo cancelarla?
- ¿Hay nuevas prestaciones disponibles en mi área?
- ¿Soy elegible para programas nuevos que me ayuden a reducir mis costos de atención médica?
- ¿Cuál será mi costo total para el próximo año?

CÓMO UTILIZAR SU COBERTURA DE MEDICARE

Conozca la fecha de inicio de su cobertura, la cual depende de su fecha de inscripción. Una vez inscrito en Medicare, recibirá una tarjeta de Medicare con su paquete de bienvenida. Si elige la Parte D, un Seguro Suplementario de Medicare o Medicare Advantage, recibirá tarjetas de seguro por separado para dichas coberturas. Luego debe verificar si su proveedor acepta Medicare (o un plan Advantage, si corresponde) y estar al tanto de los servicios cubiertos y no cubiertos. Cuando corresponda, también coordine los beneficios con otra cobertura médica que pudiera tener, ya que hay reglas que determinan cuál paga primero. Asegúrese de informar a los proveedores de todos los planes médicos y de medicamentos con los que cuenta para asegurar de que sus facturas se paguen en el orden correcto.

La cobertura empieza siempre el primer día del mes, pero el mes depende de cuándo se haya inscrito:

PERIODO DE INSCRIPCIÓN INICIAL

Si reúne los requisitos para acogerse la Parte A sin prima, su cobertura de la Parte A comenzará el mes en que cumpla 65 años. Si cumple años el primer día del mes, la cobertura comienza el mes antes de cumplir los 65 años. La cobertura de la Parte B comienza en función del mes en que se inscriba.

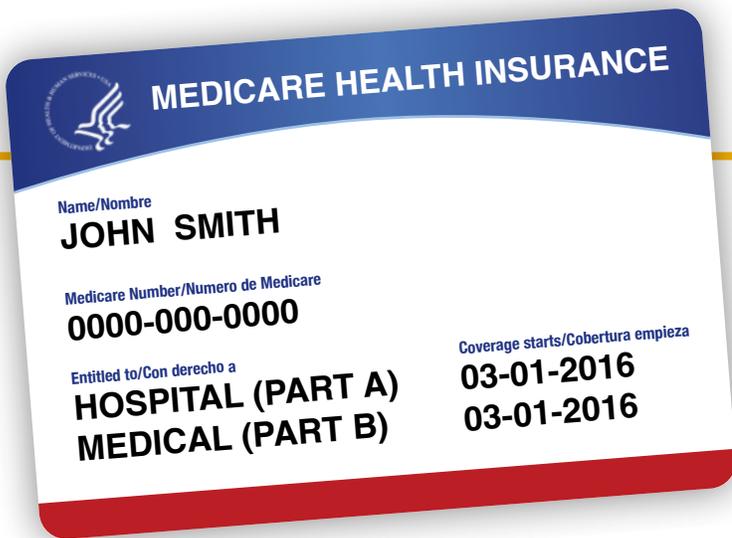
Una vez finalizado el Periodo de Inscripción Inicial, sólo podrá inscribirse a la Parte B y a la Parte A con prima durante uno de los otros periodos de inscripción.

PERIODO DE INSCRIPCIÓN GENERAL

Si se inscribe entre el 1 de enero y el 31 de marzo del Periodo de Inscripción General, su cobertura comienza el mes siguiente a su inscripción.

PERIODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si tiene derecho a un periodo de inscripción especial, la cobertura normalmente comienza el mes siguiente a su inscripción. Para obtener información adicional sobre su situación particular, visite <https://es.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/get-more-coverage/joining-a-plan/special-enrollment-periods>.



Una vez que se haya inscrito en Medicare, recibirá por correo su tarjeta Medicare en el paquete de bienvenida. También puede acceder (o crear) su cuenta segura de Medicare para imprimir su tarjeta oficial de Medicare. Su tarjeta tiene un número único de Medicare, que es diferente de su número de Seguro Social, para proteger su identidad.

La tarjeta a menudo se conoce como la tarjeta roja, blanca y azul y muestra:

- Si usted es beneficiario de la Parte A de Medicare (que figura como HOSPITAL), de la Parte B (que figura como MEDICAL) o de ambas
- La fecha de inicio de su cobertura

CÓMO UTILIZAR SU TARJETA SI TIENE MEDICARE ORIGINAL

- Lleve consigo su tarjeta Medicare
- Muestre su tarjeta Medicare a su médico, centro de tratamiento o proveedor de servicios de salud cuando reciba atención médica
- Si tiene la Parte D de Medicare u otra cobertura complementaria, lleve también consigo la tarjeta del plan

CÓMO UTILIZAR SU TARJETA SI TIENE MEDICARE ADVANTAGE

- Utilice la tarjeta de su plan Medicare Advantage para obtener sus servicios, no su tarjeta de Medicare.
- Guarde su tarjeta de Medicare en casa por si desea cambiar de plan o volver a Medicare Original más adelante

Si tiene Medicare Original, no tiene que elegir un médico de cabecera y, en la mayoría de los casos, no necesita que le remitan a un especialista. Sin embargo, deberá verificar si su médico o proveedor de servicios de salud acepta Medicare antes de recibir tratamiento.

Costos de los proveedores de Medicare

Si tiene Medicare Original, antes de recibir los servicios, pregunte a su proveedor de servicios de salud si le cobran la cantidad aprobado por Medicare. Si lo hacen, no le facturará más que el deducible y coseguro

estándar de Medicare (por lo que acabará pagando menos de su bolsillo). Si no lo hacen, pueden cobrarle más de lo aprobado por Medicare para ese servicio y pueden exigirle que pague el costo total en el momento de recibir el servicio.

Si tiene un plan Medicare Advantage, llame a su plan para ver si tienen una red y compruebe si su proveedor está dentro de la misma. Algunos planes le permiten utilizar proveedores fuera de la red, pero es posible que le cueste más, pagándolo de su bolsillo. Recuerde que siempre puede recibir atención de urgencia y de emergencia, aunque el médico o el hospital no pertenezcan a la red, pero comuníquese a su plan Advantage lo antes posible si ha recibido esos servicios.

Si cuenta con la Parte D, consulte a su plan para saber qué farmacias de su zona están dentro de la red. Podrá consultarlo en el sitio web de su plan o llamando al plan. Las farmacias de la red son “preferidas” y suelen ofrecer los precios más bajos para los medicamentos. Puede haber circunstancias en las que sea más barato utilizar su Parte D para cubrir los medicamentos, pero cualquier cantidad que pague por medicamentos no cubiertos no se sumará a su deducible. Si usa una farmacia fuera de la red, es posible que tenga que pagar el costo total.

Costos mientras esté en el hospital

Con la Parte A de Medicare, es posible que tenga que pagar un deducible por cada periodo de beneficio cuando permanezca hospitalizado o reciba atención de salud mental como paciente hospitalizado. Después de pagar el deducible, tendrá que pagar una parte de los gastos, llamado coseguro. Su periodo de beneficio comienza el día de su ingreso como paciente hospitalizado y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria

durante 60 días seguidos. Si permanece en el hospital una vez finalizado el periodo de beneficio, se iniciará un nuevo periodo de beneficio. No hay límite en el número de periodos de beneficio que puede tener. Cuando esté hospitalizado por más de 90 días, Medicare pagará los días adicionales llamado días de reserva de por vida. Se le concede un total de 60 días de reserva que puede utilizar a lo largo de su vida. Cuando utilice los días de reserva, Medicare pagará todos los gastos cubiertos excepto su coseguro diario. Si tiene que permanecer en el hospital más tiempo del que le corresponde conforme al periodo de beneficio y los días de reserva de por vida, deberá hacerse cargo del 100 % de los gastos, a menos que disponga de beneficios adicionales a través de Medigap u otra cobertura de seguro.

En el caso de los servicios aprobados por Medicare bajo la Parte B, generalmente tendrá que pagar un coseguro del 20 % después de haber pagado el deducible anual.

Hay algunos servicios que Medicare no cubre. Si necesita estos servicios, tendrá que pagarlos por su cuenta o tener otro seguro que los cubra.

Para saber si los artículos, servicios o pruebas que necesita están cubiertos por Medicare, puede visitar el sitio web [es.medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage). También puede hablar con el consultorio de su proveedor para hacer preguntas sobre la cobertura de Medicare para el tratamiento recomendado. Si su proveedor le recomienda un servicio



Algunos servicios no cubiertos por Medicare incluyen:

- Los cuidados a largo plazo/cuidados de compañía
- La mayoría de los cuidados dentales
- Las prótesis dentales
- Los exámenes oculares para recetar gafas
- La cirugía estética
- La acupuntura
- Los audífonos
- El cuidado rutinario de los pies



o tratamiento que suele estar cubierto por Medicare, pero cree que puede no estarlo en su caso, le pedirá que firme un formulario llamado **Aviso Anticipado de No Cobertura para el Beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés: Advanced Beneficiary Notice of Coverage)**. El ABN le explica que es posible que tenga que pagar por el servicio si Medicare no lo aprueba.

Coordinación de beneficios

Si tiene Medicare y otro seguro médico o de medicamentos, cada uno de ellos se denomina “pagador”. Cuando hay varios pagadores, existen normas que deciden cuál paga primero, lo que se denomina Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés: Coordination of Benefits). El primer pagador paga lo que debe (hasta los límites de la cobertura) y luego envía el resto de la factura al segundo pagador. El segundo pagador sólo paga si hay costos que el primer pagador no cubrió, y es posible que no pague todos los costos no cubiertos. En algunos casos, incluso puede haber un tercer pagador.

Si el primer pagador rechaza la cobertura, el segundo puede o no pagar parte del costo.

Es importante que informe a su médico, al hospital y a todos los demás proveedores de atención médica sobre todos sus seguros médicos o de medicamentos. Esto le ayudará a asegurarse de que sus facturas se entreguen a los pagadores correctos en el orden correcto.

Para asegurarse de que sus servicios de atención médica se paguen de manera correcta, usted necesita saber:

- Si su seguro provisto por su empleador será el primero o el segundo en pagar y,
- Si su seguro provisto por su empleador paga después de Medicare, necesita saber si pagará y cómo pagará si no se inscribe en la Parte A o en la Parte B. La mayoría de los planes para jubilados y para pequeñas empresas (empresas con 20 empleados o menos) exigen la inscripción en la Parte A y en la Parte B.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Cómo funciona la cobertura con Medicare A y B

SIGO TRABAJANDO Y...

REGLAS QUE DECIDEN QUÉ “PAGADOR” PAGA PRIMERO

En mi trabajo (o en el de mi cónyuge) hay **menos de 20** empleados.

- Medicare paga primero por los servicios, y el seguro provisto por su empleador paga después.
- Si no se inscribe en las Parte A y Parte B, es posible que el seguro de su trabajo no cubra los costos de los servicios que usted reciba.
- Pregúntele a su empleador si tiene que inscribirse en las Parte A y en la Parte B cuando sea eligible.

En mi trabajo (o en el de mi cónyuge) hay **más de 20** empleados.

- Su seguro de su empleador paga primero y Medicare paga después.
- Si no tiene que pagar una prima por la Parte A, puede optar por inscribirse cuando sea eligible (o en cualquier momento posterior).
- Puede esperar a dejar de trabajar (o perder su seguro médico, si eso ocurre antes) para inscribirse en la Parte B, y no pagará una penalización por inscripción tardía.

Yo (o mi cónyuge) recibo dinero de mi empleador para comprar mi propio seguro médico

O

Yo (o mi cónyuge) sigo trabajando, pero no tengo seguro médico a través de ese trabajo.

- Medicare probablemente no funcione con su seguro.
- Una vez inscrito, Medicare paga primero.
- Algunos seguros privados tienen normas que reducen lo que pagan (o no pagan en absoluto) por los servicios que usted recibe si es eligible para otra cobertura, como Medicare.
- Pregúntele a la compañía de seguro médico si necesita inscribirse en la Parte A y en la Parte B cuando sea eligible.



Medicare y TRICARE de Por Vida

(TFL, por sus siglas en inglés: Medicare and TRICARE For Life)

TRICARE es un seguro de salud patrocinado por el gobierno proporcionado a personal militar en servicio activo y retirado y a sus dependientes. Existen varios programas de TRICARE diferentes. TRICARE de Por Vida (TFL) es un programa complementario de Medicare para los retirados que reúnen los requisitos de TRICARE y sus dependientes. Ayuda a pagar los costos compartidos de Medicare, como deducibles, coseguros y copagos.

TFL también puede pagar los servicios que no cubre Medicare o cuando haya agotado sus prestaciones de Medicare. Las normas específicas de cobertura y reparto de gastos del TFL pueden variar según su situación. Por lo general, una vez que visita a un proveedor autorizado, éste presenta su reclamación a Medicare. Medicare paga su parte y remite la reclamación a TRICARE for Life, quien pagará directamente al proveedor por los servicios cubiertos por TRICARE.

QUÉ HACER CUANDO MEDICARE LE NIEGA LA COBERTURA MÉDICA: APELACIONES DE MEDICARE

Si se le niega una cobertura de Medicare, puede tener la opción de apelar la decisión a través de un proceso de varios niveles. Hay cinco niveles de apelación y cada nivel se basa en un monto en dólares específico de la reclamación. Los cinco niveles incluyen redeterminación, reconsideración, audiencia ante un juez en materia administrativa (ALJ), apelación ante un consejo de apelación de Medicare y apelación ante el tribunal federal de distrito.

El proceso de apelación de Medicare funciona de forma diferente para cada parte. El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés: State Health Insurance Assistance Program) ofrece servicios gratuitos para ayudar a las personas que tengan preguntas o dudas sobre Medicare. Hablaremos más del SHIP en esta guía en la página 40.

¿Qué puede apelar bajo Medicare?

- Puede solicitar un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento recetado que considere que debería poder obtener
- Puede solicitar el pago de un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento recetado que ya haya recibido
- Puede solicitar un cambio en la cantidad que tiene que pagar por un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento recetado

Puede solicitar una decisión de apelación acelerada (más rápida) para los servicios que haya recibido de un hospital, centro de enfermería especializada, agencia de

atención médica a domicilio, rehabilitación integral ambulatoria o centro para enfermos terminales. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC QIO, por sus siglas en inglés: Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization) lleva a cabo la revisión. [Puede encontrar la información de contacto de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad \(QIO, por sus siglas en inglés: Quality Improvement Organization\) en \[medicare.gov\]\(https://www.medicare.gov\).](#)

¿Qué no se puede apelar?

No puede apelar un servicio o elemento que no se considere un beneficio cubierto por Medicare.

Los beneficiarios de Medicare suelen enterarse de las denegaciones en su Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés: Medicare Summary Notice). El MSN es una explicación de los beneficios a lo largo de tres meses, por lo que no recibirá un MSN distinto por cada servicio, prueba o procedimiento. El MSN muestra todos los servicios o suministros que los proveedores facturaron a Medicare durante el período de 3 meses, lo que

Medicare pagó y la cantidad máxima que usted puede adeudarle al proveedor. Hay muy pocos servicios que requieren Autorización Previa en el Medicare Original, por lo que la mayoría de las apelaciones para las Partes A y B de Medicare tienen lugar después de que se proporciona el servicio.

La última página del MSN le da instrucciones paso a paso sobre cuándo, dónde y cómo presentar una apelación. Para hacerlo, tiene que explicar la razón por la que apela la cobertura, firmar el formulario y devolverlo junto con la documentación probatoria. Por lo general, esta documentación incluye los historiales médicos proporcionados por su

médico, una carta de la institución en la que se detallen sus antecedentes médicos y los motivos por los que necesita este tratamiento, y cualquier artículo de revistas científicas arbitradas que apoye la necesidad de esta atención (su médico también puede ayudarle con esto).

Existen **5 niveles** de apelación de Medicare: Redeterminación, Reconsideración, Audiencia ante un Juez del Ámbito Administrativo, revisión ante el Consejo de Apelaciones de Medicare y revisión judicial ante el Tribunal Federal de Distrito.

Cada nivel se basa en una cantidad específica en dólares de la reclamación.

5 Niveles de apelación de Medicare



1. Redeterminación

El primer nivel de apelación se llama **Redeterminación**. En este nivel, el Contratista Administrativo de Medicare (MAC, por sus siglas en inglés: Medicare Administrative Contractor) revisa la reclamación. Puede solicitar formalmente una reconsideración de la decisión de cobertura o pago mediante la presentación de una solicitud verbal o por escrito. La denegación se basa en la información que se proporcione en la solicitud. Las reclamaciones de este nivel pueden ser de cualquier cantidad de dólares. La apelación debe presentarse en un plazo de 120 días (Medicare Original) y 60 días (Medicare Advantage o plan de la Parte D) contados a partir de la recepción del MSN.

Si desea presentar una apelación, comuníquese con el proveedor que presentó la reclamación para averiguar qué información se incluyó y si hay alguna información adicional que puedan facilitar para la apelación (como nuevos resultados de pruebas o resultados actualizados del tratamiento). Toda la documentación presentada debe apoyar el razonamiento por el que Medicare debe cubrir la reclamación. Un representante (por ejemplo, un amigo, familiar, trabajador social o defensor del paciente) puede presentar la apelación en su nombre, pero debe presentar un formulario de Nombramiento de Representante.

2. Reconsideración

El segundo nivel de apelación se denomina **Reconsideración**. Puede presentar una reconsideración si no está de acuerdo con la decisión tomada durante la apelación de primer nivel. Si tiene Medicare Original, su caso será revisado por un Contratista Independiente Calificado (QIC, por sus siglas en inglés: Qualified Independent Contractor), y el QIC deberá enviarle una respuesta por escrito en un plazo de 60 días contados a partir de haber recibido su solicitud.

Si el caso se refiere a un plan Medicare Advantage y la denegación se confirmó tras la revisión de nivel uno, el plan enviará automáticamente el caso para una revisión de nivel dos. Esta revisión será completada por una Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés: Independent Review Entity) o un QIC de la Parte C si se aplica a una denegación de un plan de medicamentos de Medicare Advantage o de la Parte D. Usted puede presentar nueva información, pero debe hacerlo dentro de los diez días de haber sido enviado al nivel dos.

Las reclamaciones a este nivel pueden ser de cualquier cantidad en dólares, y las apelaciones de segundo nivel deben presentarse en un plazo de 120 días (Medicare Original) y 60 días (Medicare Advantage o plan de la Parte D) contados a partir de haber recibido la decisión del MSN o de la decisión de la IRE. Las instrucciones para la presentación se facilitarán en la notificación de redeterminación.



3. Audiencia ante un Juez en Materia Administrativa (ALJ)

La apelación de tercer nivel es la **Audiencia ante un Juez en Materia Administrativa (ALJ, por sus siglas en inglés: Administrative Law Judge)** o árbitro (attorney adjudicator). Se puede solicitar una audiencia ante un juez en materia administrativa a la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés: Office of Medicare Hearings and Appeals). Si decide presentar un recurso a este nivel, es posible que desee comunicarse con un abogado o una organización de servicios jurídicos para que le ayuden en este paso o en otros posteriores de su apelación, pero no es obligatorio. En este nivel, el caso es revisado por un juez independiente que examina los hechos del recurso y escucha los testimonios antes de tomar una decisión imparcial. Las audiencias se realizan por teléfono o videoconferencia. Usted puede estar presente en la audiencia, pero no es obligatorio.

Para solicitar una audiencia ante un juez en materia administrativa, debe enviar

la documentación en un plazo de 60 días contados a partir de haber recibido la decisión sobre la apelación de segundo nivel. Su reclamación debe alcanzar una cierta cantidad mínima en dólares, tal y como se indica en el Aviso de Reconsideración de Medicare. Si tiene más de una denegación, puede combinar las reclamaciones para cumplir con la cantidad mínima en dólares. Sin embargo, prepárese para una larga espera, ya que puede tardar un año o más en obtener una fecha para la audiencia con el juez en materia administrativa.

4. Revisión ante el Consejo de Apelaciones de Medicare

Si no está de acuerdo con la decisión tomada durante la audiencia con el juez en materia administrativa, puede presentar una apelación (el cuarto nivel) llamado revisión por el **Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo)**. Para solicitar esta revisión, debe presentar la solicitud en un plazo de 60 días contados a partir de haber recibido la decisión sobre la apelación de tercer nivel. Su reclamación debe cumplir con el límite mínimo en dólares, tal como

se indica en el aviso de audiencia ante el juez en materia administrativa. Puede llenar el formulario “Request for Review of an Administrative Law Judge (ALJ) Medicare Decision/Dismissal” (Solicitud de revisión de la decisión/desestimación sobre Medicare por un juez en materia administrativa) O presentar la solicitud por escrito al Consejo de Apelaciones. Si el Consejo de Apelaciones no toma una decisión a tiempo, puede pedirle que mueva su caso al quinto nivel de apelación. Si no está de acuerdo con la decisión del Consejo de Apelaciones en el cuarto nivel, tiene 60 días después de

que reciba la decisión para solicitar una audiencia de revisión judicial ante el tribunal federal de distrito.

5. Revisión Judicial ante el Tribunal Federal de Distrito

La apelación de quinto nivel se llama **Revisión judicial ante el Tribunal Federal de Distrito**. Para poder solicitar una revisión a nivel federal, su caso debe cumplir una cantidad mínima en dólares. Para proceder, debe seguir las instrucciones de la carta de decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare sobre cómo presentar una queja.

NIVEL DE LA APELACIÓN	FECHA LÍMITE PARA PRESENTARLA	FECHA LÍMITE PARA EMITIR LA DECISIÓN	FECHA LÍMITE PARA EMITIR LA DECISIÓN EN CASOS URGENTES
Redeterminación	60 días	7 días	72 horas
Reconsideración	60 días	7 días	72 horas
Audiencia ante un Juez del Ambito Administrativa (ALJ)	60 días	90 días	10 días
Apelación ante el Consejo de Apelaciones de Medicare	60 días	90 días	10 días
Apelación ante el Tribunal Federal de Distrito	60 días	No hay fecha límite para emitir la decisión	-

DERECHOS Y PROTECCIONES EN LAS APELACIONES DE MEDICARE

Hay muchas agencias que ayudan a las personas a conocer los beneficios y a presentar quejas con Medicare, y que aseguran la calidad de la atención, así como los estándares de salud y seguridad. El Programa Estatal de Asistencia en Seguros Médicos (SHIP) brinda asistencia personal para ayudar a las personas elegibles a entender su cobertura de Medicare, evaluar los beneficios, explorar las opciones de planes, brindar orientación sobre los derechos de Medicare y encontrar ayuda económica para los medicamentos de venta con receta. El Intermediario del Beneficiario de Medicare (MBO) trabaja junto con SHIP para ayudar con las reclamaciones, quejas o apelaciones relacionadas con Medicare. Además, las Organizaciones para el Mejoramiento de Calidad del Cuidado centrado en el Beneficiario y la Familia y las Agencias Estatales de Vigilancia supervisan los centros de atención médica, manejan las quejas de calidad en el cuidado y aseguran que se cumpla con los estándares de salud y seguridad.

► El **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** ofrece ayuda individual sin costo a las personas que reúnen los requisitos de Medicare, así como a sus familiares y cuidadores. Los asesores del SHIP son expertos que pueden ayudarle a comprender su cobertura de Medicare.

Los asesores del SHIP pueden hacer muchas cosas para ayudarle. Pueden ayudarle a averiguar si cumple los requisitos para Medicare, a evaluar sus beneficios y a explorar las distintas opciones de planes durante los periodos de inscripción abierta de Medicare. También pueden ayudarle a encontrar programas que ofrezcan ayuda económica para medicamentos recetados y otros gastos. Los asesores pueden orientarle sobre la cobertura de Medicare y cómo funciona con otros beneficios que usted pueda tener. También se asegurarán de que conozca sus

derechos como beneficiario de Medicare. [Puede encontrar la oficina del SHIP más cercana a usted en \[www.shiphelp.org\]\(http://www.shiphelp.org\).](http://www.shiphelp.org)

► Los **Defensores del Beneficiario de Medicare (MBO, por sus siglas en inglés: Medicare Beneficiary Ombudsmen)** trabajan con organizaciones como SHIP para ayudar a las personas con sus preocupaciones relacionadas con Medicare. Los Defensores pueden ayudarle si tiene quejas o reclamaciones contra Medicare; pueden ayudarle con las apelaciones si Medicare ha rechazado un pago y pueden encargarse de las solicitudes de información. Si tiene problemas al darse de alta o de baja en un plan Medicare Advantage, también puede comunicarse con ellos. Los Defensores son esenciales para el sistema de Medicare porque comparten información sobre

tendencias y patrones (no información personal) con la Secretaria de Salud y Servicios Humanos, el Congreso y otras organizaciones de defensa para mejorar la calidad de la atención que usted recibe a través de Medicare. Los Defensores están ahí para ayudarle a resolver sus dudas o reclamaciones. Si no puede resolver su asunto respecto a su plan, puede llamar a Medicare y pedir a un representante que envíe su queja o pregunta al Defensor del Beneficiario de Medicare.

Cuando se ponga en contacto con el Defensor del Beneficiario de Medicare, es probable que hable con un representante que escuchará sus inquietudes y le proporcionará información y apoyo. Es buena idea que antes de la llamada tenga preparada toda la información pertinente sobre su situación, como facturas médicas o correspondencia de los proveedores de servicios de salud. El representante puede hacerle preguntas para entender mejor su problema o queja. Una vez recopilada la información, su caso se asigna a un Defensor del Beneficiario de Medicare que revisará su caso y se pondrá en contacto con usted para elaborar un plan de resolución de su problema o queja.

- ▶ Las **Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrado en el Beneficiario**

y la Familia (BFCC QIO) se encargan de las quejas sobre la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. También revisan las apelaciones si usted o su proveedor de servicios de salud creen que su cobertura de Medicare termina demasiado pronto mientras está en el hospital o en otro centro sanitario. Puede presentar una queja si no está satisfecho con un médico, hospital u otro proveedor de servicios de salud, o si tiene dudas sobre la calidad de la atención, el equipo médico duradero o su plan de Medicare. [Para encontrar la información de contacto de su BFCC QIO local, puede visitar el sitio web: es.medicare.gov/contacts.](https://www.medicare.gov/contacts)

- ▶ Las **agencias estatales de inspección** supervisan los centros de salud que participan en Medicare y/o Medicaid. Los inspeccionan e investigan las quejas para garantizar que cumplan con las normas de salud y seguridad. Si le preocupan cosas como abusos, negligencia, malos tratos, atención deficiente, falta de personal, condiciones inseguras o insalubres, o problemas dietéticos en un centro sanitario, puede comunicarse con la Agencia Estatal de Inspección. [Para encontrar la información de contacto de su Agencia Estatal de Inspección local, puede visitar el sitio web: es.medicare.gov/contacts.](https://www.medicare.gov/contacts)

Presentar una queja

Si desea enviar sus comentarios sobre su plan de salud o de medicamentos de Medicare, puede visitar **Medicare.gov** y seleccionar "File a complaint" (Presentar una queja) en "Claims and Appeals" (Reclamaciones y apelaciones).

PROGRAMAS, PLANES Y AHORROS ADICIONALES DE MEDICARE

Los pacientes tienen acceso a una variedad de programas, planes y opciones de ahorro adicionales, incluyendo Programas de Ahorro de Medicare, Ayuda Adicional con el costo de los medicamentos con receta, Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE), Planes de Costos de Medicare, Planes de Cuentas de Ahorro para la Salud de Medicare (MSA), Planes para Necesidades Especiales (SNP) y Programas de Demostración y Piloto. Estos programas buscan ofrecer a las personas formas de acceder a los servicios médicos y de manejar de manera efectiva los gastos o la asistencia directa para ayudar a pagar primas, copagos, coseguros, etc.

Ayuda adicional

Ayuda Adicional (también conocida como Subsidio por Bajos Ingresos de la Parte D o LIS, por sus siglas en inglés: Low Income Subsidy) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos económicos limitados a pagar las primas de la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) y el costo de los medicamentos recetados. Algunas personas tienen derecho a la Ayuda Adicional automáticamente, mientras que otras tienen que solicitarla.

Recibirá Ayuda Adicional automáticamente si tiene cobertura de Medicaid, está inscrito(a) en un Programa de Cuentas de Ahorro de Medicare o recibe beneficios del Seguro de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés: Supplemental Security Income) del Seguro Social.

En la mayoría de los casos, para cumplir con los requisitos para recibir la Ayuda Adicional, sus ingresos y recursos deben ser inferiores a un determinado límite. Estos límites se ajustan anualmente. El límite de ingresos se basa en sus ingresos del año anterior. Si califica

para recibir la Ayuda Adicional, Medicare le inscribirá automáticamente en un plan de medicamentos (Parte D) de Medicare, si aún no tiene uno. La penalización por inscripción tardía en la Parte D se suspende cuando califica para recibir la Ayuda Adicional.

Este programa es administrado conjuntamente por la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés: Social Security Administration) y Medicare. [Para solicitarlo, visite SSA.gov](https://www.ssa.gov) o póngase en contacto con su oficina local del Seguro Social.

Programas de ahorros de Medicare

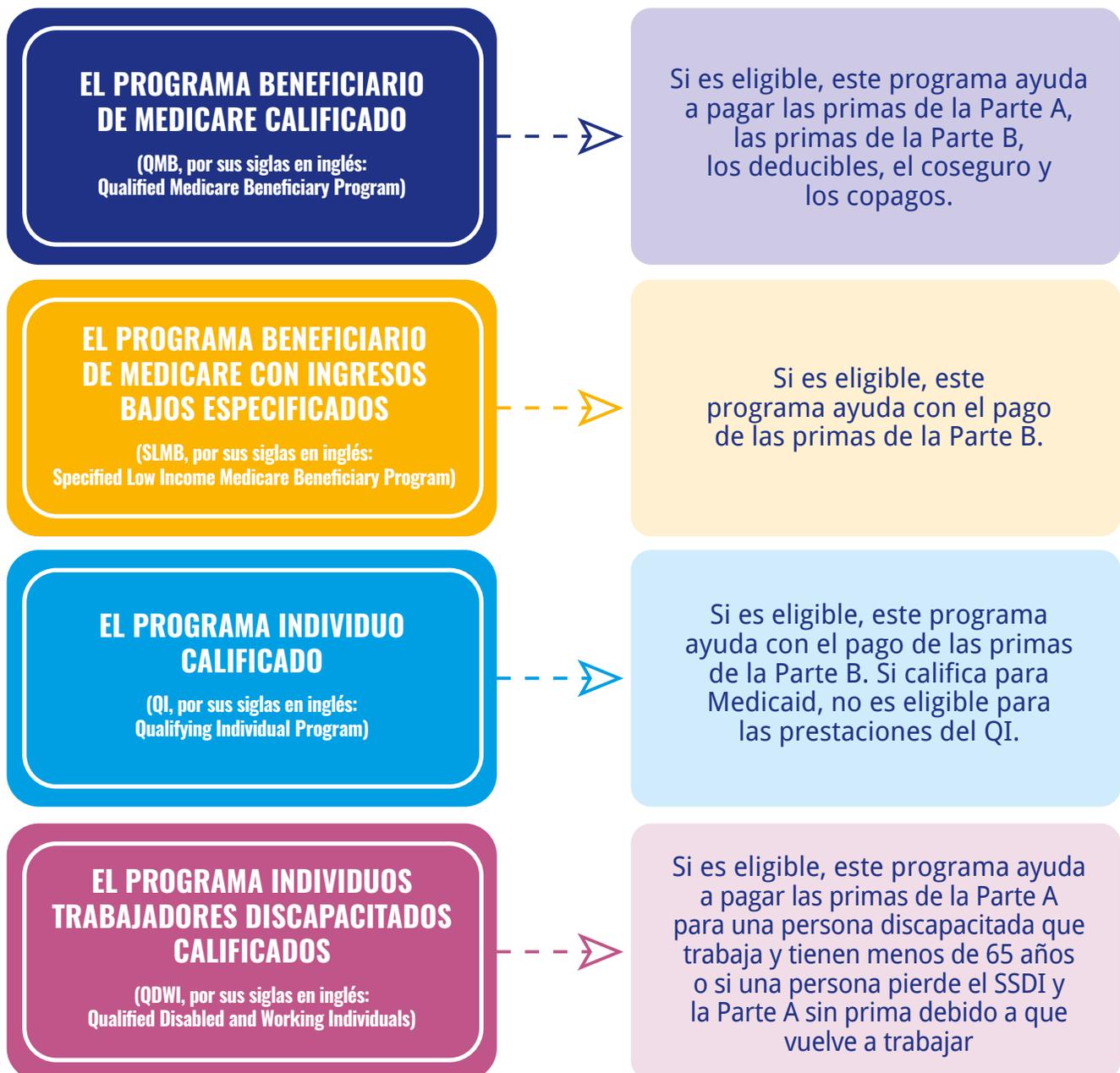
Los Programas de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés: Medicare Savings Programs) son programas financiados a nivel federal y administrados por los distintos estados. Existen cuatro tipos de Programas de Ahorros de Medicare. Si usted es elegible para estos programas de ahorro, pueden ayudarle a pagar las primas, deducibles, coseguro y copagos de Medicare. La elegibilidad se basa en los ingresos y los recursos, y los límites de

ingresos y recursos de cada programa varían y pueden cambiar cada año. Los recursos que cuentan para estos límites incluyen los fondos en su cuenta corriente o de ahorro, acciones y bonos. Los recursos que no cuentan para los límites son su vivienda, un coche, el terreno de entierro en el cementerio, hasta \$1500 para

gastos funerarios, muebles y otros artículos domésticos o personales.

Para solicitar cualquiera de los Programas de Ahorros de Medicare, llame al programa Medicaid de su estado. [Puede encontrar sus datos de contacto aquí: www.medicaid.gov/about-us/contact-us/index.html](http://www.medicaid.gov/about-us/contact-us/index.html)

BENEFICIOS Y PROGRAMAS DE AHORRO DE MEDICARE



PACE (Programa de cobertura total de salud para ancianos)

El Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés: Program for the All Inclusive Care for the Elderly) es un programa conjunto de Medicare y Medicaid diseñado para ayudar a las personas a cubrir sus necesidades de atención médica dentro de la comunidad en lugar de trasladarlas a un centro de cuidados de adultos mayores u otro centro asistencial. Para calificar para PACE, debe tener 55 años o más, vivir en un área de servicio PACE, necesitar cuidados de nivel de centro de cuidados de adultos mayores y poder vivir en la comunidad con el apoyo del PACE.

Con el PACE, dispondrá de un equipo de atención médica integral dedicado a garantizar que reciba una atención coordinada para mantener su bienestar mientras vive en la comunidad. En la mayoría de los casos, se le pedirá que acuda a un médico preferido por PACE para que le atienda. Todos los servicios de Medicare y Medicaid que su equipo PACE considere necesarios para mejorar y mantener su salud están cubiertos por el PACE.

Algunos de los servicios que cubre el PACE son:

- Atención primaria diurna para adultos (incluidos servicios médicos y de cuidados de adultos mayores)
- Odontología
- Servicios de emergencia
- Atención domiciliaria

- Atención hospitalaria
- Servicios de laboratorio/rayos X
- Alimentos
- Cuidados en un centro de cuidados de adultos mayores
- Asesoría nutricional
- Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia recreativa
- Medicamentos recetados
- Servicios sociales, como asesoría, capacitación de cuidadores, grupos de apoyo y servicios de relevo de descanso al cuidador
- Transporte desde su domicilio hasta el centro PACE para actividades o citas médicas, si es médicamente necesario
- Transporte limitado a algunas citas médicas en la comunidad

El costo de participar en el PACE se determina en función de su situación financiera, pero es posible pagarlo de forma privada. Si califica para Medicaid, no tendrá que pagar una prima por la parte de cuidados a largo plazo del beneficio del PACE. No hay deducible ni copago por ningún medicamento, servicio o atención aprobados por su equipo médico. Si no califica para Medicaid, pero está inscrito en Medicare, se le cobrará una prima mensual por la parte de cuidados a largo plazo y una prima por la Parte D de Medicare.

Para solicitar el PACE, puede buscar un programa PACE en su zona o ponerse en contacto con su oficina local de Medicaid.

Planes de cuentas de ahorro para la salud de Medicare

Los Planes de Cuentas de Ahorro para la Salud de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés: Medicare Medical Savings Account Plans) son un tipo de Plan Medicare Advantage que incluye un deducible elevado junto con una cuenta de ahorro para la salud. Los planes MSA deben ofrecer los mismos beneficios, derechos y protecciones que Medicare Original, pero también pueden proporcionar beneficios adicionales, como atención de oftalmología y otorrinolaringología. Es importante tener en cuenta que los planes MSA no incluyen la cobertura de la Parte D, por lo que tendrá que adquirir un plan para medicamentos recetados por separado.

La cuenta de ahorro para la salud asociada a su plan MSA se abre en un banco seleccionado por su plan. Medicare proporciona al plan una cantidad específica de dinero cada año para sus gastos de atención médica que el plan deposita en la cuenta de ahorro para la salud. La cantidad exacta que se deposite en su cuenta depende del plan que elija. El dinero que se encuentre en su cuenta, junto con los intereses devengados, no está sujeto a impuestos si se utiliza para gastos de atención médica. Tiene la opción de transferir el dinero a otro banco.

El dinero de su cuenta puede utilizarse para ayudarle a pagar sus gastos de atención médica, incluidos los servicios que no están cubiertos por Medicare, como el cuidado

dental o de la vista. Sin embargo, solo el dinero utilizado para los servicios cubiertos aprobados por Medicare contará para su deducible. Si usa todo el dinero de su cuenta, tendrá que pagar de su bolsillo cualquier gasto adicional hasta que alcance el deducible de su plan. El dinero que quede en su cuenta a final de año se traspasará y podrá utilizarlo para futuros gastos de atención médica.

La inscripción en un Plan MSA de Medicare es opcional y la disponibilidad puede variar según el lugar. Si le interesa este tipo de plan, es conveniente que se ponga en contacto con Medicare para saber si es una opción en su zona.

Planes para necesidades especiales

Si cumple los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid, se le considera “doblemente elegible”. Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los gastos de atención médica de personas y familias con ingresos y recursos limitados. Si es doblemente elegible, tiene la opción de elegir Medicare Original con cobertura adicional a través de Medicaid. Medicaid pagará algunos de los costos de Medicare, como las primas, los deducibles y otros gastos.

Hay otra opción a su disposición. Como persona doblemente elegible, puede inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés: Special Needs Plan). Un Plan de Necesidades



Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D SNP, por sus siglas en inglés: Dual Eligible Special Needs Plan) es un tipo de Plan Medicare Advantage que se ofrece a través de compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare, diseñado para facilitar el acceso tanto a los beneficios de Medicare como a los de Medicaid. Estos planes pueden variar en función según su ubicación. Son especialmente útiles para las personas que pueden necesitar ayuda adicional debido a sus ingresos, condición de discapacidad, edad y/o estado de salud. Los criterios de elegibilidad para los planes SNP los determinan los estados, por lo que es importante consultar con el gobierno de su estado antes de solicitar

un plan SNP. Los planes SNP incluyen todas los beneficios de Medicare Original y también deben ofrecer cobertura de medicamentos recetados. Muchos planes SNP ofrecen beneficios adicionales, como atención dental, de la vista y de la audición de rutina. Otra ventaja importante es la coordinación de los cuidados para garantizar que reciba la información y los servicios de atención médica adecuados.

Otros planes SNP para los que puede reunir calificar incluyen:

- **SNP Para Enfermedades Crónicas (C-SNP)** | Si tiene una o más enfermedades crónicas graves o incapacitantes, como hepatopatía

terminal, demencia, trastornos pulmonares crónicos, y más.

Puede consultar la lista completa en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)

- **SNP Institucional (I-SNP)** | Si vive en una institución como una residencia de ancianos o necesita cuidados de enfermería en el hogar.

Planes Medicare Cost

En algunos estados existen planes Medicare Cost (planes de costos de Medicare). Los planes Medicare Cost son similares a los planes Medicare Advantage. Los proporcionan compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare y ofrecen, como mínimo, los mismos beneficios que Medicare Original. Los planes Medicare Cost ofrecen más flexibilidad, ya que le permiten utilizar Medicare Original para la cobertura cuando necesite atención fuera de la red del plan. Si recibe un servicio cubierto por Medicare Original fuera de la red del plan, deberá pagar el coseguro y el deducible de la Parte A y de la Parte B.

Puede inscribirse en un plan Medicare Cost aunque solamente tenga la Parte B. Puede afiliarse a un plan Medicare Cost siempre que el plan acepte nuevos afiliados, y puede darse de baja en cualquier momento para volver a Medicare Original. Si está disponible, también puede tener la cobertura de medicamentos de Medicare de un plan Medicare Cost, o puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos de Medicare. [Puede averiguar si hay un plan Medicare Cost disponible en su](#)

[zona utilizando la función de comparación de planes de Medicare: www.medicare.gov/plan-compare.](https://www.medicare.gov/plan-compare)

Programas piloto y demostrativos

Los programas piloto y demostrativos son programas especiales o estudios de investigación diseñados para mejorar los beneficios, los pagos y la calidad de la atención de Medicare. Estos programas suelen ser a corto plazo y se dirigen a grupos específicos de personas en determinados lugares. Participar en un programa piloto de Medicare puede darle acceso a nuevos beneficios que Medicare no ofrece actualmente. Sin embargo, este acceso es temporal y está limitado a la duración del programa. Además, aunque exista un programa piloto en su área, esto no significa automáticamente que usted es elegible para inscribirse en él. Sus costos y beneficios pueden diferir en el marco del programa piloto en comparación con su cobertura habitual de Medicare. La elegibilidad, la ubicación y la disponibilidad pueden variar entre los programas piloto y demostrativos de Medicare. [Para obtener información sobre la disponibilidad y los requisitos de los programas, póngase en contacto con Medicare o visite el centro dedicado en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid \(CMS, por sus siglas en inglés: Centers for Medicare & Medicaid Services\): <https://innovation.cms.gov>.](#)

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Un glosario de términos clave define las palabras asociadas con Medicare de una manera sencilla para que los beneficiarios de Medicare puedan familiarizarse o consultarlos cuando se los encuentren durante su atención médica con Medicare.

ABN (Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario) | Aviso que los proveedores (incluidos los laboratorios, agencia de atención médica a domicilio y centros de cuidados paliativos), médicos, profesionales y proveedores dan a los beneficiarios de Medicare Original en situaciones en las que se espera que Medicare pueda negarse a pagar.

Ayuda Adicional | Algunas veces llamada Subsidio por Bajos Ingresos de la Parte D, es un programa patrocinado por el Seguro Social que reduce los costos de cobertura de medicamento de la Parte D. Dependiendo de su situación, la Ayuda Adicional cubrirá una parte o la totalidad del costo de sus medicamentos.

Las **BFCC QIO** (Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia) | Ayudan si tiene alguna duda sobre la calidad de la atención que recibe de un proveedor de Medicare.

CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) | Es la agencia federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos que administra el programa Medicare.

Cobertura acreditable | cobertura de medicamentos que se espera que pague en promedio lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.

Copago | Cantidad fija que paga por un servicio médico cubierto después de haber pagado el deducible.

Coseguro | Parte del costo médico que usted paga después de haber cubierto el deducible.

Cuidado de compañía/custodia | Atención no especializada que ayuda a las personas con las actividades de la vida diaria (ADL) como bañarse, vestirse y alimentarse.

Deducible (la cantidad) | Que paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su seguro comience a pagar.

Doblemente elegibles | Personas que pueden inscribirse tanto en Medicare como en Medicaid.

HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud) | Plan de seguro médico que proporciona servicios de atención médica a través de una red de médicos.

Inscripción abierta | Periodo definido cada año en el que las personas pueden elegir su plan de seguro médico para el siguiente año del plan.

Ley de Reducción de la Inflación de 2022 | Una ley que mejora Medicare ampliando los beneficios disponibles, reduciendo los costos de los medicamentos y manteniendo estables las primas de los medicamentos recetados.

Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) | Cobertura temporal disponible en determinadas situaciones si pierde la cobertura provista por el empleador.

Lista de medicamentos/formulario (en inglés: Formulary) | Lista de medicamentos

aprobados cubiertos por un programa de medicamentos recetados.

IRMAA (Ajuste Mensual en Función del Ingreso) | Cantidad que puede pagar además de la prima de la Parte B o de la Parte D si sus ingresos son superiores a un determinado nivel.

Medicaid | Un programa federal y estatal que ayuda con los gastos de la atención médica de algunas personas con ingresos y recursos limitados.

Medicare | Un seguro médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de esa edad con discapacidad y personas con enfermedad renal en etapa terminal.

Medicare Advantage | También llamado Parte C, es una alternativa al Medicare Original. Los planes Advantage incluyen la Parte A, la Parte B y, normalmente, la Parte D en un solo plan y son ofrecidos por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare. Estos planes deben cumplir con las reglas de cobertura de Medicare.

Medicare Original | Consiste en las Partes A y B de Medicare.

MBO (Defensor del Beneficiario de Medicare) | Persona que trabaja a favor de los beneficiarios para ayudarles con las quejas, reclamaciones, apelaciones y solicitudes de información relacionadas con Medicare.

Nivel | Los medicamentos de un formulario se agrupan por niveles; el nivel en el que se encuentra su medicamento determina la parte del costo que le corresponde pagar.

Parte A de Medicare | Seguro hospitalario que está incluido en Medicare Original. Cubre las estancias hospitalarias, la atención en instituciones de enfermería especializada, los

cuidados paliativos y parte de la atención médica a domicilio.

Parte B de Medicare | Es otra parte de Medicare Original que cubre la asistencia ambulatoria, determinados servicios y pruebas médicas, servicios de atención a domicilio, equipos y suministros médicos duraderos, servicios preventivos y determinados medicamentos con receta para pacientes ambulatorios en condiciones limitadas.

Parte C de Medicare | También llamada Medicare Advantage, Alternativa al Medicare Original. Los planes Advantage incluyen la Parte A, la Parte B y, normalmente, la Parte D en un solo plan y son ofrecidos por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare. Estos planes deben cumplir con las reglas de cobertura de Medicare.

Parte D de Medicare | Proporciona cobertura para los medicamentos recetados. Existen planes específicos aprobados por Medicare en los que puede inscribirse para la cobertura de sus medicamentos recetados.

Periodo sin cobertura (Donut Hole) | La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un periodo sin cobertura o un límite temporal en la cobertura de los medicamentos.

Plan Medigap | También llamado Medicare Supplemental Insurance (Seguro Complementario Medicare). Estos planes ayudan a cubrir los gastos de atención médica que le queden pendiente después de que Medicare Original pague su parte. Sus costos incluirán copagos, coseguros y deducibles. Debe tener Partes A y B de Medicare para inscribirse en un plan Medigap.

Programas de Ahorros de Medicare |

Programas pueden ayudarle a pagar las primas, los deducibles, el coseguro y los copagos de Medicare. Los requisitos se basan en los ingresos y en determinados activos.

Red | Proveedores médicos que han suscrito un contrato con su plan para prestarle atención médica a una tarifa reducida negociada. Este grupo de proveedores se conoce como su red o la red de su aseguradora.

PACE (Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos) | Un programa conjunto de Medicare y Medicaid diseñado para ayudar a las personas a cubrir sus necesidades de atención médica dentro de la comunidad en lugar de ingresarlos a una residencia de ancianos u otro centro asistencial.

PFFS (Tarifa Privada por Servicio) | Un tipo de plan Medicare Advantage ofrecido por una compañía de seguros privada que determina cuánto pagará a los médicos, a otros proveedores de servicios de salud y a los hospitales, y cuánto deberá pagar usted cuando reciba atención médica.

PPO (Organización Proveedor Preferente) | Un plan de seguro médico en el que puede recibir atención fuera de la red, pero en el que los proveedores de la red cuestan menos.

Prima | Cuota que paga cada mes por la cobertura del seguro médico.

QDWI (Programa Individuos Trabajadores Discapacitados Calificados) | Un programa de ahorro que ayuda con el pago de las primas de la Parte A para una persona discapacitada

que trabaje y tenga menos de 65 años o si una persona pierde el SSDI y la Parte A sin prima debido a que regrese a trabajar.

QI (Programa Individuo Calificado) | Ayuda con el pago de las primas de la Parte B.

QMB (Programa Beneficiario de Medicare Calificado) | Este programa de ahorro ayuda con el pago de las primas de la Parte A, las primas de la Parte B, los deducibles, el coseguro y los copagos.

SEP (Periodo de Inscripción Especial) | El periodo fuera del periodo de inscripción abierta anual en el que puede inscribirse en un seguro médico privado si reúne los requisitos necesarios.

SHIP (Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico) | Proporciona asistencia individual sin costo a las personas elegibles para Medicare o a sus beneficiarios, familiares y cuidadores.

SLMB (Programa Beneficiario de Medicare con Ingresos Bajos Especificados) | Programa de ahorro que puede ayudarle a pagar las primas de la Parte B y a obtener el reembolso de las primas de la Parte B pagadas durante el año natural anterior.

SNP (Plan para Necesidades Especiales) | Planes Medicare Advantage que limitan la afiliación a personas con enfermedades/ características específicas.

RECURSOS DE MEDICARE

Esta guía de recursos de Medicare proporciona una lista integral de programas de asistencia financiera, organizaciones de ayuda local o nacional, recursos relacionados con los seguros médicos e información de contacto. Estos recursos pueden conectar a los pacientes con ayuda para diversas necesidades, incluyendo asistencia para el copago, ayuda económica adicional de Medicare, búsqueda de ayuda local y nacional, información para entender su seguro médico y acceso a las agencias y los programas pertinentes.

RECURSOS SOBRE ASISTENCIA FINANCIERA

Programas de asistencia financiera

Accessia Health

(Anteriormente conocido como Patient Services Incorporated, PSI)

800-366-7741 | www.accessiahealth.org

CancerCare Co-Payment Assistance Foundation

(Fundación de Ayuda al Copago CancerCare)

866-552-6729

www.cancercare.org/copayfoundation

Good Days

877-968-7233 | www.mygooddays.org

HealthWell Foundation

800-675-8416

www.healthwellfoundation.org

Leukemia Lymphoma Society Co-Pay Assistance Program

(Programa de Ayuda al Copago de la Sociedad de Leucemia y Linfoma)

877-557-2672

www.lls.org/es/programa-de-asistencia-para-copagos

National Organization for Rare Disorders (NORD)

(Organización Nacional de Enfermedades Raras)

Los números de teléfono varían por programa

Los formatos de solicitud varían. Para obtener información adicional visite www.rarediseases.org/patient-assistance-programs

PAF Co-Pay Relief

866-512-3861 | www.copays.org

Patient Access Network Foundation (PAN Foundation)

(Fundación de la Red de Acceso para Pacientes)

866-316-7263 | www.panfoundation.org/ espanol

The Assistance Fund (TAF)

Los números de teléfono varían según el fondo para enfermedades

www.tafcares.org

Asistencia financiera adicional para Medicare

Ayuda Adicional para los costos de la Parte D de Medicare

800-772-1213 | www.ssa.gov/es/medicare/part-d-extra-help

Programas de Ahorros de Medicare

Encuentre el programa correspondiente a su estado aquí: <https://www.medicare.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu>

es.medicare.gov/medicare-savings-programs

AYUDA LOCAL Y A NIVEL NACIONAL

American Association of Retired People (AARP)

(Asociación Americana de Jubilados)

888-687-2277 | www.aarp.org/espanol

Area Agencies on Aging (AAA) (Agencias Locales para la Tercera Edad)

800-677-1116

eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx

Community Action Agency

(Agencia de Acción Comunitaria)

202-265-7546

www.communityactionpartnership.com

Department of Veterans Affairs

(Departamento de Asuntos de Veteranos)

Si es veterano(a) o ha servido en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos

800-698-2411 | TTY: 711

www.va.gov

Medpac.gov

Agencia independiente y no partidista del poder legislativo que proporciona análisis y asesoría sobre políticas sobre el programa Medicare al Congreso de los Estados Unidos

www.medpac.gov

National Council on Aging

(Consejo Nacional de la Tercera Edad)

Recursos e información sobre Medicare

www.ncoa.org

Salvation Army

(Ejército de Salvación)

800-725-2769

www.salvationarmyusa.org

Senior Centers Online Directory

(Directorio en línea de centros para la tercera edad)

www.seniorcenters.com

U.S. Administration on Community Living

(Administración para la Vida Comunitaria)

202-401-4634

www.acl.gov

United Way

Marque 211 desde su área de servicio

www.es.211.org

U.S. Social Security Administration

(Administración del Seguro Social)

800-772-1213

www.ssa.gov/es

RECURSOS RELACIONADOS CON LOS SEGUROS MEDICOS

Centers for Medicare & Medicaid (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid)

800-633-4227 | www.cms.gov

Medicare.gov

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
es.medicare.gov

Medicare Ombudsman

(Defensor del Beneficiario de Medicare)

Llame si tiene una queja o duda sobre Medicare

800-633-4227 | TTY: 877-486-2048

www.cms.gov/center/special-topic/ombudsman/medicare-beneficiary-ombudsman-home

National Association of Insurance Commissioners

(Asociación Nacional de Comisionados de Seguros)

Llame si tiene alguna pregunta sobre los planes Medigap

816-842-3600 | www.naic.org

Office of Personnel Management (Oficina de Gestión de Personal)

Obtenga información sobre el Programa Federal de Beneficios Médicos para Empleados Federales en activo y jubilados

202-606-1234

www.opm.gov/healthcare-insurance

Railroad Retirement Board (RRB)

(Junta de Jubilación para Ferrocarrileros)

Si recibe beneficios de la RRB, comuníquese con ellos para hacer cambios de domicilio o de nombre, verificar si cumple los requisitos, inscribirse en Medicare, sustituir su tarjeta de Medicare o comunicar un fallecimiento

877-772-5772 | www.rrb.gov/Benefits

State Health Insurance Assistance Program

(Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico)

Llame si necesita ayuda para inscribirse, conocer sus beneficios o presentar un recurso (apelación)

877-839-2675 | www.shiphelp.org

Patrocinado por:



THIS IS **LIVING WITH CANCER**™

Esto es Vivir con Cáncer es un programa para personas que viven con cáncer y sus seres queridos. Proporcionamos apoyo y recursos para todos, con un creciente enfoque en comunidades desatendidas que pueden tener dificultades para acceder a la atención médica. Para más información, visite www.thisislivingwithcancer.com.



 espanol.patientadvocate.org

 (800) 532-5274

©2023 Patient Advocate Foundation