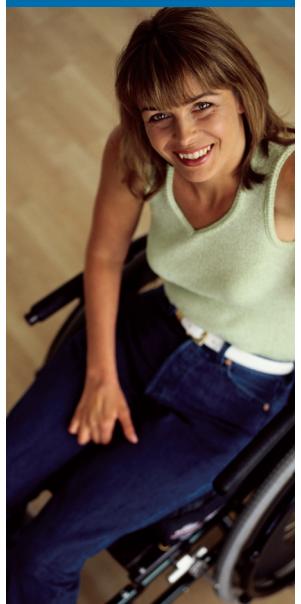
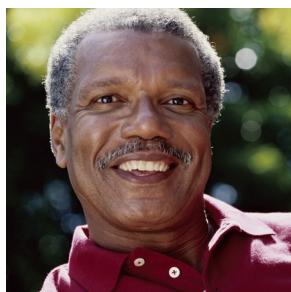
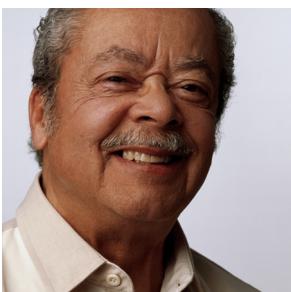
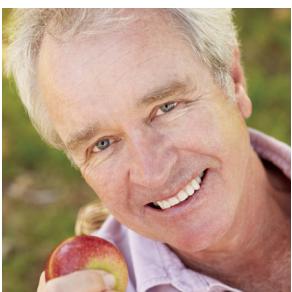


Medicare Y Usted 2016



La publicación oficial del gobierno de los Estados Unidos con información sobre:

- ★ Lo importante en el 2016 (página 12)
- ★ Lo que cubre Medicare (página 37)

50
MEDICARE
1965 - 2015
MEDICAID
ANIVERSARIO

¿Desea obtener esta información electrónicamente y ya no recibir una copia impresa?

Regístrese en Medicare.gov/gopaperless para obtener las copias futuras del manual “Medicare y Usted” electrónicamente (también se le conoce como e-Manual). El próximo septiembre le enviaremos un correo electrónico cuando la copia del e-Manual esté disponible. La versión electrónica contiene la misma información que la impresa; con la diferencia de que la versión electrónica se actualiza regularmente, lo que significa que usted tendrá acceso a la información más actualizada. Si escoge recibir el manual electrónicamente no se le enviará la copia impresa.

¿Tiene un eReader (como un iPad, NOOK, Sony Reader o Kindle)?

Visite Medicare.gov/publications para descargar la versión digital del manual a su lector electrónico. Esta opción está

disponible para todos los lectores electrónicos. Usted puede obtener la misma información de la versión impresa, en un formato fácil de leer que puede llevar con usted a cualquier lado. Usted continuará recibiendo una copia impresa del manual por correo aun si descarga la versión digital.



Mantenga esta publicación a la mano para usarla como referencia. La información del manual era correcta al momento de su impresión. Sin embargo, tal vez se hayan hecho cambios posteriormente. Para obtener la información actualizada visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Bienvenido a “Medicare y Usted” 2016



Estamos emocionados de que 2015 marcó el 50 aniversario en el cual presidente Lyndon B. Johnson firmara la ley que creó el programa de Medicare. Medicare ha estado protegiendo la salud y el bienestar de las familias estadounidenses y salvando vidas durante cinco décadas. Con los años, Medicare ha crecido y hoy ofrece cobertura médica de calidad a más de 50 millones de estadounidenses. Pero eso no es todo. Cada día, trabajamos para fortalecer a Medicare y ofrecerle un mejor cuidado para mantenerlo saludable.

Tener Medicare ofrece paz mental, pero también es importante que esté obteniendo el máximo provecho de su cobertura. Use este manual como un recurso para ayudarle a:

- Obtener el cuidado que necesita cuando lo necesita — Medicare paga por muchos servicios preventivos para mantenerle saludable. Use la lista de verificación en la página 69 para ayudarle a localizar los servicios preventivos que tiene y entender los servicios que pueda necesitar.
- Entender sus beneficios y facturas — Revise sus beneficios y opciones de Medicare y busque los contactos útiles en las páginas 20–22 si todavía necesita ayuda.
- Encuentre herramientas para tomar decisiones para una vida más saludable — Una de estas herramientas es el botón azul de Medicare. El botón azul puede ayudarle a tomar decisiones informadas sobre su cuidado y puede darle a sus proveedores de salud una visión más completa de su historial clínico. Consulte la página 144 para obtener más información.

Como siempre, si tiene preguntas específicas acerca de Medicare, visite Medicare.gov para encontrar las respuestas que necesita. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Le saluda atentamente,

/s/

/s/

Sylvia M. Burwell

Secretaria

Departamento de Salud y Servicios
Humanos de los Estados Unidos

Andrew Slavitt

Administrador Interino

Centros de Servicios de Medicare
y Medicaid

Contenido

- 6 Índice— Busque un tema específico**
- 13 Información importante sobre la inscripción**
 - 13 La cobertura y los costos cambian anualmente
 - 13 Período de Inscripción Abierta
- 15 Sección 1—Aprenda cómo trabaja Medicare**
 - 15 ¿Cuáles son las partes de Medicare?
 - 16 ¿Cómo puedo obtener la cobertura de Medicare?
 - 17 ¿Cuáles son mis opciones de cobertura de Medicare?
 - 18 ¿Qué debo tener en cuenta al escoger o cambiar de cobertura?
 - 19 ¿Qué puedo hacer si necesito ayuda para escoger cómo recibir los beneficios?
 - 20 ¿Dónde puedo obtener respuestas a mis preguntas?
- 23 Sección 2—La inscripción en las Partes A y B de Medicare**
 - 23 Algunas personas obtienen las Partes A y B automáticamente
 - 24 Algunas personas deben inscribirse en las Partes A y/o B
 - 25 Si no me inscriben automáticamente, ¿cuándo puedo inscribirme?
 - 26 ¿Debo comprar la Parte B?
 - 29 ¿Cómo trabaja mi otro seguro con Medicare?
 - 31 Medicare y el Mercado de Seguros Médicos
 - 33 ¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte A?
 - 34 ¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?
- 37 Sección 3—Averigüe si Medicare paga por su examen, servicio o artículo**
 - 37 ¿Cuáles son los servicios que cubre Medicare?
 - 38 Los servicios cubiertos por la Parte A
 - 43 Los servicios cubiertos por la Parte B
 - 69 ¿Quiere manejar sus servicios preventivos?
 - 71 Lo que NO cubren las Partes A y B
 - 72 El pago del cuidado a largo plazo
- 75 Sección 4—¿Qué es el Medicare Original?**
 - 75 ¿Cómo funciona el Medicare Original?

83 Sección 5—Los planes Medicare Advantage (Parte C) y otros planes de salud de Medicare

- 83 ¿Qué son los Planes Medicare Advantage (Parte C)?
- 90 Los tipos de planes Medicare Advantage
- 96 ¿Hay otro tipo de planes de salud de Medicare?

99 Sección 6—¿Qué es una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)?

- 101 Planes Medigap (seguro suplementario a Medicare)

105 Sección 7—Obtenga información sobre la cobertura de las recetas médicas (Parte D)

- 105 ¿Cómo trabajan los planes Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)?
- 106 ¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o cancelar un plan Medicare de medicamentos recetados?
- 108 Lo que usted paga
- 114 ¿Cuáles son los medicamentos que están cubiertos?

119 Sección 8—Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y medicamentos recetados

- 119 ¿Qué puedo hacer si necesito ayuda para pagar por mis medicamentos?
- 123 ¿Qué puedo hacer si necesito ayuda para pagar por el cuidado de mi salud?

127 Sección 9—Conozca sus derechos y aprenda a protegerse del fraude

- 127 ¿Cuáles son mis derechos si tengo Medicare?
- 128 ¿Cuáles son mis derechos si mi plan deja de participar en Medicare?
- 128 ¿Qué es una apelación?
- 132 Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN en inglés)
- 133 ¿Cómo usa Medicare mi información personal?
- 133 Usted está protegido de la discriminación
- 136 ¿Cómo puedo protegerme del robo de identidad?
- 136 ¿Cómo puedo protegerme y proteger a Medicare del fraude?
- 140 ¿Qué son las instrucciones anticipadas (voluntades anticipadas)?

141 Sección 10—Si desea más información

- 141 ¿Dónde puedo obtener ayuda personalizada?
- 143 ¿Dónde puedo obtener información general sobre Medicare?
- 143 ¿Dónde puedo obtener información personalizada sobre Medicare?
- 144 ¿Cómo puedo comparar la calidad de los planes y proveedores?
- 145 ¿Qué hace Medicare para coordinar mejor mi atención médica?
- 147 ¿Hay otras maneras de obtener información sobre Medicare?
- 149 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

153 Sección 11—Definiciones

Índice

Busque un tema específico

Aviso: Los números de las páginas en “**negritas**” contienen información más detallada.

A

- Acupuntura 71
- Andadores 52
- Aneurisma abdominal aórtico **43**, 69
- Anteojos 54
- Aparatos ortopédicos (cuello/piernas/brazos) 62
- Apelación 78–79, 85, **128–133**
- Archivo Médico Electrónico (EHR) **145**
- Área de servicio 87, 94, 97, 106, 107, **153**
- Asignación 42, **78–79**, 153
- Asilo para ancianos (geriátrico) 39, **72–74**, 93, 97, 122, 125, 144, 155
- Asistente médico **52**, 59
- Atención urgente 67
- Autorización para divulgar información médica personal 142
- Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN) 132–133
- Aviso sobre la privacidad/confidencialidad 134–135
- Ayuda Adicional (para pagar por la cobertura de sus recetas médicas) 22, 105, 106, **119–123**, 153
- Ayuda con los costos 119–128
- Ayuda para dejar de fumar **64**, 70

B

- Beneficios para Veteranos (VA) 17, 73, **118**

C

- Calidad de la atención 18, 98, **143–145**
- Cataratas 54
- Centro de cirugía ambulatoria 44
- Centro de Enfermería Especializada (SNF) 15, **37–41**, 57, 86, 101, 154
- Centros Médicos Autorizados Federalmente 54
- Cirugía estética 71
- Clínica de salud rural 63
- Cobertura catastrófica 110
- Cobertura de las recetas médicas (Parte D)

 - Apelaciones 130–131
 - Cobertura de la Parte A 38–41
 - Cobertura de la Parte B 61
 - Generalidades 105–120
 - Inscripción, cambio o cancelación 106–109
 - Multa por inscripción tardía 112–113
 - Planes Medicare Advantage 87

- COBRA 26–27, **117**
- Colonoscopia **49**, 70
- Consejería para el abuso del alcohol **43**, 69
- Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) 114, **138**
- Contrato (privado) 80
- Control de la terapia de medicamentos 115–116
- Coordinación de beneficios 20, **29–30**

Aviso: Los números de las páginas en “**negritas**” contienen información más detallada.

Costos (copagos, coseguro, deducibles y primas)
Ayuda Adicional para la Parte D 119–123
Ayuda con los gastos de las Partes A y B 123–124
Cambios anuales 13
Comparación del precio de los planes 19
Medicare Original 76–77
Multas por inscripción tardía (Parte D) 112–113
Parte A y Parte B **33–34**, 38
Planes Medicare Advantage 89–90
Planes Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D) 109–112
Cuidado a largo plazo 71, 72–74, 97, **155**
Cuidado de custodia/compañía 37, 72, **154**
Cuidado de hospicio 15, **39**, 83, 101
Cuidado de hospital (internación) **40**, 155
Cuidado de la salud en el hogar **15**, 38, 57, 132
Cuidado dental/dentaduras **71**, 83
Cuidado de relevo 39
Cuidadores 148

D
Definiciones 153–156
Densitometría ósea **45**, 69
Departamento de Asuntos de Veteranos 21, 73, 112, **118**
Departamento de Defensa 21
Departamento de Salud y Servicios Humanos (Oficina de los Derechos Civiles) 21, 139
Depresión **51**, 59, 70
Derechos 127–130
Desfibrilador (automático implantado) 51
Determinación de cobertura (Parte D) 130–131
Diabetes **51–52**, 55, 56, 93

Diálisis renal **57**, 90, 143
Días de reserva vitalicios de por vida **40**, **154**
Discriminación 127, 133

E
Electrocardiograma (EKG) **54**, 65
Enema de bario **49**, 70
Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) **46**, 69
Enfermedad Renal Terminal (ESRD) 15, 24, 27, 29, 56, **88**
Enfermera profesional/licenciada 39, **52**, 59
Equipo Médico Duradero (como andadores) 15, 38, **52–53**, 57, 61, 79
Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) 23
Estudios de investigación clínica **48**, 86
Evaluación cardiovascular **46**, 69
Evaluación de cáncer colorrectal **48**, 70
Evaluación de Riesgo para la Salud 68
Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual **63**, 70
Evaluación y consejería sobre la obesidad **59**, 70
Examen de equilibrio 55
Examen de glaucoma **55**, 70
Examen de la próstata (prueba de PSA) **62**, 70
Examen de los pies 55
Examen de los senos 47
Examen del VIH **56**, 70
Examen de sangre oculta en la materia fecal **48**, 70
Examen Papanicolaou **47**, 69
Examen pélvico **47**, 69
Excepción (Parte D) 114, **130–131**

Aviso: Los números de las páginas en “**negritas**” contienen información más detallada.

F

- Facturas **77**, 143
- Falta de cobertura 12, **109–110**
- Formulario 18, 108, 114, 130, **154**
- Fraude 136–139

I

- Ingresos limitados **119–128**, 153
- Inscripción
 - Parte A 23–26
 - Parte B 23–27
 - Parte C 86–87
 - Parte D 106–108
- Inscripción abierta **13**, 95, 102, 128
- Institución/centro 93, 94, 107, 120, 122, **155**
- Institución religiosa no médica para servicios de la salud 41
- Instrucciones anticipadas 140
- Intermediario del beneficiario de Medicare 139
- Internación en el hospital **40**, 153
- Interrupción en la cobertura 12, **109–110**

J

- Junta de Retiro Ferroviario (RRB) **22**, 23–24, 35–36, 78, 108, 109, 123

L

- Lector electrónico (e-Reader) cara interna de la carátula
- Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) 26–27, **117**
- Localizador Eldercare **74**, 148

M

- Mamografía **45**, 69, 90–91
- Manual electrónico 142, 143, 158
- Medicaid 30, 73, 93, 98, 120–122, **124–125**
- Medicamentos (para paciente ambulatorio) 61
- Medicare
 - Parte A 15, 17, 23–25, **37–41**
 - Parte B 15, 17, 23–27, **42–63**
 - Parte C 15, 17, **83–98**
 - Parte D 15, **105–120**
- Medicare.gov 20, **143**
- Medicare Original 15–16, 37, 42, **75–81**
- Medicare SELECT 100
- Médico de cabecera 43, 46, 59, 63, 76, 90–93, **155**
- Mercado de Seguros Médicos 31–32
- Miembros artificiales 62
- MiMedicare.gov 78, 137, **143**
- Multa (por inscripción tardía)
 - Parte A 34
 - Parte B 34
 - Parte D 112–113

N

- Niveles (clasificación del formulario) 18, 108, **114**, 130, 154

O

- Oficina de Derechos Civiles **21**, 135, 139, cara posterior de la última página
- Oficina de Gerencia de Personal **22**, 118
- Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) 73, 97, 121, **124–126**
- Opciones de pago (prima) 36

Aviso: Los números de las páginas en “**negritas**” contienen información más detallada.

Organizaciones Responsables de la Atención Médica (ACO) 146

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) 84, **90**, 156

Organización para Mejoras de la Calidad **20**, 71, 131, 155

Oxígeno 52

P

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos) 73, **97**, 126

Penalidad por inscripción tardía

Parte A 34

Parte B 34

Parte D 112–113

Período de beneficio 40, **155**

Período Especial de Inscripción

Parte C (Medicare Advantage) 94–96

Parte D (Planes de recetas médicas) 107–108

Partes A y B 26–27

Período General de Inscripción **25**, 27, 35

Período Inicial de Inscripción **25**, 35, 113

Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) **85**, 105

Plan de salud grupal (Empleador)

Cobertura de las recetas médicas 18, 81, **106**, 112, 116

Inscripción abierta para Medigap 27, **102**

La inscripción en las Partes A y B 25–26

Los precios de la Parte A podrían ser distintos 38

Planes Medicare Advantage (Parte C) **87**, 88

Planes de Medicare y Medicaid integrados 125

Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO en inglés) 84, 89, **91**

Planes Medicare Advantage (HMO o PPO)

Calificaciones del plan 84, 90–91

Costos 89

Generalidades 83

Inscripción, cambio o cancelación 94–96

Tipos de plan 84, **90–93**

Planes Medicare de Medicamentos Recetados

Cambios anuales 13

Costos 109–112

Inscripción 106–107

Lo que está cubierto 114

Tipo de planes 105

Planes Medicare SELECT 100

Planes para Necesidades Especiales (SNP) 85, 88, **93**

Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) 84, **92**

Plan Medicare de Costo **96**, 105, 156

Poder legal para decisiones de salud 140

Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) 17, 72, 76, 117

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) 19, 22, 121, 131, 136, **142**

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) 125–126

Programas Medicare de Ahorros 120–121, **123–124**

Programa SMP (Senior Medical Patrol) 138

Programas piloto **98**, 125, 156

Prótesis 62

Publicaciones 147

Q

Quimioterapia **47**, 86

Aviso: Los números de las páginas en “**negritas**” contienen información más detallada.

R

- Rayos X 47, 60, **65**
- Recetas electrónicas 18, **146**
- Reclamaciones 76, **78–79**
- Reemplazo de la tarjeta de Medicare 22
- Referido
 - Definición 156
 - Medicare Original 76
 - Planes Medicare Advantage 84, 90–93
 - Servicios cubiertos por la Parte B 43, 51, 68
 - Tenga en cuenta al escoger un plan 18
- Rehabilitación cardiaca 46
- Rehabilitación pulmonar 62
- Resumen de Medicare (MSN) **77–78**, 129, 137
- Robo de identidad 136

S

- Sala de emergencia **54**, 116
- Salud mental 40, **59**
- Sangre 38, 45
- Segunda opinión sobre una cirugía 63
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 120, **126**
- Seguro Médico para Empleados Federales 22, **118**
- Seguro médico para jubilados **27–28**, 116
- Seguro Social
 - Ayuda Adicional con los costos de la Parte D 121–123
 - Cambio de domicilio en su MSN 78
 - La inscripción en las Partes A y B 23–24
 - Las primas de las Partes A y B 33–35
 - Obtenga respuestas 22
 - Seguridad de Ingreso Suplementario 126
 - Servicio de Salud para Indígenas 112, **118**

- Servicios ambulatorios del hospital 60
- Servicios cubiertos (Partes A y B) 37–69
- Servicios de ambulancia **44**, 67
- Servicios de educación sobre la enfermedad renal 57
- Servicios de laboratorio **58**, 65
- Servicios de patología del lenguaje 38, 57, **64**
- Servicios de trasplante **24**, 88
- Servicios preventivos **43–63**, 156
- Servicios que no brinda el médico 52
- Servicios quiroprácticos 47
- Sigmoidoscopía flexible **49**, 70
- Silla de ruedas 52
- Sindicato
 - Inscripción abierta para Medigap 102
 - Inscripción en las Partes A y B **26**, 29
 - La cobertura de las recetas médicas **81**, 106, 116
 - Los costos de la Parte A pueden variar 38
 - Plane Medicare Advantage 87
- Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) 22, 105, 106, **119–123**, 153
- Suministros médicos (insumos) 38, 40, **52–53**, 57–58, 62

T

- Tecnología informática de la salud 145
- Teléfono de texto (TTY) 141, **156**
- Telemedicina (Telesalud) 65
- Terapia de nutrición **58**, 70
- Terapia física 38, 57, **60**
- Terapia ocupacional 38, 57, **59**
- Testamento en vida 140
- Trasplante renal/de riñón 15, 24, **57**, 88
- TRICARE 21, 27, 112, **118**

Aviso: Los números de las páginas en “**negritas**” contienen información más detallada.

V

- Vacuna 55, 56, 61, **70**, 156
- Vacuna contra la gripe/influenza **55**, 70
- Vacuna contra la Hepatitis B **56**, 70
- Vacuna neumocócica **61**, 70
- Vacunas/inmunizaciones 55, 56, 61, **69**, 156
- Vendajes quirúrgicos 65
- Viaje al extranjero 18, **67–68**, 99, 101
- Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” 54, **68**, 69
- Vista **71**, 83

Lo importante para el 2016



Manténgase sano con los servicios preventivos

Medicare paga por muchos servicios preventivos que pueden ayudarle a prevenir enfermedades y detectarlas a tiempo que es cuando el tratamiento da los mejores resultados. Pregúntele al médico cuáles servicios preventivos necesita.

Vea las páginas 69–70.



Controle su información médica personal

El botón azul de Medicare ha sido ampliado para ofrecerle un mejor acceso a su información médica y reclamaciones de Medicare.

Vea la página 144.

Ayuda continua durante la interrupción en la cobertura de recetas médicas

Si usted llega al período de interrupción en la cobertura de la Parte D, usted calificará para los descuentos en los medicamentos genéricos y de marca.

Vea las páginas 109–110.

Dónde puede averiguar cuánto paga por las Partes A y B de Medicare

Las cantidades de las primas y deducibles para el 2016 no estaban disponibles al imprimir este manual. Para obtener los precios actualizados, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Información importante sobre la inscripción

Usted no tiene que inscribirse en Medicare cada año. Sin embargo, cada año usted tiene la oportunidad de revisar su cobertura y hacer cambios. Consulte la Sección 2 que comienza en la página 23 para informarse de cómo inscribirse en Medicare.

La cobertura y los costos cambian anualmente

Los [planes de salud de Medicare](#) o los de medicamentos recetados pueden cambiar los precios, la cobertura, los proveedores y farmacias de su red cada año. Revise la información que le manda el plan cada año, como la “Evidencia de cobertura” (EOC) o el “Aviso anual de cambio” (ANOC) para ver si su cobertura se ajusta a sus necesidades. Si está satisfecho no tiene que cambiar de plan.

Período de Inscripción Abierta

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

1 de octubre de 2015

Compare su cobertura con las otras opciones. Usted puede ahorrar dinero al comparar todas sus opciones. Vea la página 18 para más información.

15 de octubre al 7 de diciembre de 2015
(Inscripción Abierta)

Usted puede cambiar su cobertura de salud o de medicamentos para el 2016. Vea las páginas 94–95 y 106–107 para averiguar sobre otros períodos para cambiar de plan.

1 de enero de 2016

Comienza la nueva cobertura si usted hizo un cambio durante la Inscripción Abierta. Los nuevos costos y los cambios a la cobertura existente de su plan de salud o de medicamentos también entran en vigencia si su plan hizo cambios.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Notas

Sección 1—

Aprenda cómo trabaja Medicare

Medicare es un seguro médico para las personas de 65 años o más, los menores de 65 años con ciertas incapacidades y las personas de cualquier edad que padezcan de Enfermedad Renal Terminal (ESRD en inglés), (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón).

¿Cuáles son las partes de Medicare?

La Parte A de Medicare (seguro de hospital) ayuda a pagar los servicios de:

- Internación en el hospital
- [Centro de enfermería especializada](#)
- Cuidado de hospicio
- Atención domiciliaria (cuidado de la salud en el hogar)

Vea las páginas 37–41.

La Parte B de Medicare (seguro médico) ayuda a pagar los servicios de:

- Médicos y otros proveedores de la salud
- Atención ambulatoria
- Atención domiciliaria (cuidado de la salud en el hogar)
- Equipo médico duradero
- Algunos [servicios preventivos](#)

Vea las páginas 42–70.

La Parte C de Medicare (Planes Medicare Advantage):

- Ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare
- Incluyen los beneficios de las Partes A y B
- Generalmente incluyen la cobertura de los medicamentos recetados (Parte D)
- Pueden ofrecer beneficios adicionales por un costo adicional

Vea las páginas 83–98.

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

- Ofrecida por compañías privadas aprobadas por Medicare
- Ayudan a pagar por los medicamentos recetados
- Pueden ayudarle a reducir sus gastos de medicamentos y protegerlo contra aumentos en los precios de los medicamentos en el futuro

Vea las páginas 105–118.

¿Cómo puedo obtener la cobertura de Medicare?

Usted puede escoger maneras diferentes de recibir los beneficios de Medicare.

1. Puede escoger el plan **Medicare Original**. Si desea la cobertura de las recetas médicas tendrá que inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D). Si no se inscribe en uno de estos planes cuando es elegible por primera vez y no tiene otra **cobertura válida de medicamentos** (por ejemplo de su empleador o sindicato), **tal vez tenga que pagar una multa si decide inscribirse más tarde**. Para más información consulte las páginas 112–113.
2. Puede inscribirse en un plan **Medicare Advantage (como un HMO o PPO)** si hubiese uno disponible en su zona. El plan podría incluir la cobertura de las recetas médicas. En la mayoría de los casos, si la incluye usted debe aceptar la cobertura de las recetas del plan. En ciertos tipos de planes MA que no ofrecen la cobertura de las recetas médicas, usted podrá inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

Antes de tomar cualquier decisión, entérese de cuáles son las opciones disponibles. En las páginas siguientes encontrará información sobre sus opciones y los tipos de cobertura disponibles para usted. Para tomar decisiones informadas, usted necesitará más datos de los que le provee este manual. Vea la página 19 para saber cómo obtener ayuda personalizada.

¿Cuáles son mis opciones de cobertura de Medicare?

Hay 2 opciones para recibir la cobertura de Medicare. Use estos pasos para decidir.

Paso 1

Decida si quiere la cobertura a través del Medicare Original o de Medicare Advantage.

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

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

Vea las páginas 75–82.

Paso 2

Decida si desea agregar la cobertura de las recetas médicas (Parte D).

- Si quiere esta cobertura, debe **inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas**. Generalmente pagará una prima mensual.
- Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.

Vea las páginas 105–118.

Paso 3

Decida si quiere cobertura adicional.

- Tal vez le interese obtener un seguro privado que cubra los servicios que el Medicare Original no cubre. Usted puede comprar otro seguro privado, como una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)
- Los costos varían de acuerdo a la póliza y a la compañía.
- Los empleadores o sindicatos pueden ofrecer una cobertura similar.

Vea las páginas 99–104.

Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO)

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

- Brindados por compañías privadas aprobadas por Medicare.
- Generalmente debe atenderse con médicos, hospitales y proveedores de la red del plan, o podría pagar más o tener que pagar todos los costos.
- Le pueden cobrar una prima mensual (además de la prima de la Parte B) y un **copago** o coseguro por cada servicio cubierto.
- Los precios, los beneficios adicionales y las normas varían en cada plan.

Vea las páginas 83–98.

Paso 2

Decida si desea agregar la cobertura de las recetas médicas (Parte D).

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

Vea la página 105.

Nota: Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, no puede usar su póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) para pagar los costos del bolsillo del plan MA. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, no le pueden vender una póliza Medigap. Solamente podrá usar su póliza Medigap si cancela su plan MA y regresa al Medicare Original. Vea la página 103.

Además de las opciones mencionadas arriba, usted podrá inscribirse en otros **planes de salud de Medicare**. Vea las páginas 90–98. Algunas personas podrían tener otra cobertura, como un seguro médico grupal de su empleador o sindicato, Medicaid, militar o beneficios para veteranos. Vea las páginas 116–118.

¿Qué debo tener en cuenta al escoger o cambiar de cobertura?

Calidad del cuidado

¿Está satisfecho con la calidad de los servicios? La calidad de los servicios brindados por los planes y otros proveedores de la salud puede variar. Medicare tiene información para que compare los servicios de los planes y proveedores. Vea las páginas 144–145.

Cobertura

¿Cubre el plan los servicios que necesito?

Conveniencia

¿Dónde están ubicados los consultorios médicos? ¿Usan los médicos archivos médicos electrónicos o recetas electrónicas (E-recetas)? ¿Cuál es el horario de atención? ¿Cuáles son las farmacias que puede usar? ¿Pertenece a la red del plan la farmacia que usted usa? Si está en la red y su plan ofrece costos compartidos preferidos, ¿ofrece su farmacia costos compartidos preferidos? Puede pagar menos por algunos medicamentos en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.

Costo

¿Cuánto tiene que pagar de **primas, deducibles** y otros costos? ¿Cuánto paga por servicios como la estadía en el hospital y la consulta médica? ¿Hay un límite anual para los gastos directos de su bolsillo? Sus costos pueden variar si no cumple las normas de cobertura.

Medicamentos Recetados

¿Tiene que inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados? ¿Cubre el **formulario** (lista de medicinas) del plan los medicamentos que usted necesita? ¿Tiene el plan alguna norma para la cobertura de sus recetas? (como autorización previa, terapia en etapas, cantidad límites, etc.)

Su elección del Médico y del Hospital

¿Acepta su médico u otros proveedores de la salud ese plan? ¿Está aceptando pacientes nuevos? ¿Tiene que usar un médico o un hospital de la red del plan? ¿Tiene que ser **referido** para consultar un especialista? ¿Puedo ir fuera de la red del plan?

Su otro seguro

¿Tiene o es elegible para otro tipo de cobertura de salud o de medicamentos (como la de su empleador actual o pasado o sindicato)? Si la respuesta es “sí”, lea los documentos del plan o llámelos para averiguar cómo funciona esta cobertura o si Medicare afectará a esa cobertura. Si tiene un seguro médico a través de su empleador actual o antiguo o sindicato o de otro seguro, hable con su administrador de beneficios, asegurador o con el plan antes de hacer cualquier cambio a su cobertura, porque si la cancela, tal vez no pueda recuperarla.

Viaje

¿Lo cubre el plan en otro estado o fuera de los Estados Unidos?

¿Qué puedo hacer si necesito ayuda para escoger cómo recibir los beneficios?

- Visite el localizador de planes en Medicare.gov/find-a-plan. Esta herramienta le permite comparar los distintos tipos de planes y ver la cobertura, beneficios y costos estimados para cada plan. También le muestra la calificación que han recibido de Medicare respecto a la calidad y el desempeño. Este es un ejemplo de lo que verá al compararlos:

The screenshot shows the Medicare.gov homepage with a navigation bar at the top. Below it, a search bar and a main content area titled "Planes Medicare de Medicamentos Recetados". The content area displays two plan options: "ABC Medicare (PDP)" and "XYZ Medicare (PDP)". Each plan entry includes details like monthly premium, deductible, copay, restrictions, and star ratings.

Plan	Organización	Costos anuales aproximados por medicamentos	Prima mensual	Deductibles: [?] y Copago por medicamento[?] / Coseguro:[?]	Cobertura de medicamentos: [?] y Restricciones de medicamentos: [?] y Otros Programas:	Calificación general de estrellas:[?]
ABC Medicare (PDP) Organización: Express Scripts Medicare		Farmacia de ventas minoristas Estatus farmacéutico: Preferida de la red Costo actual: \$298	\$49.50	Deductible anual por medicamentos: \$0 y Copago por medicamento / Coseguro: \$2 - \$90, 33%	Todos sus medicamentos del formulario: Sí Restricciones de medicamentos No No hay cobertura adicional durante la interrupción Baje los costos de sus medicamentos Programa MTM[?]: Sí	****/ 3.5 de las 5 estrellas
XYZ Medicare (PDP) Organización: WellCare		Farmacia de ventas minoristas Estatus farmacéutico: de la red Costo actual: \$307	\$16.30	Deductible anual por medicamentos: \$0 y Copago por medicamento / Coseguro: \$0 - \$90, 33%	Todos sus medicamentos del formulario: Sí Restricciones de medicamentos No No hay cobertura adicional durante la interrupción Baje los costos de sus medicamentos Programa MTM[?]: Sí	*** 3 de las 5 estrellas

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

- Obtenga asesoría personalizada a la hora de escoger un plan. En la página 149 encontrará el número de teléfono del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), y diga “Agente”. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés o español, dígase al representante.

¿Dónde puedo obtener respuestas a mis preguntas?

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

Para obtener información general sobre Medicare y hacer cambios a su cobertura. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés o español, diga “agente” para hablar con un representante de servicio al cliente.

TTY: 1-877-486-2048

Medicare.gov

Contratista de Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación (BCRC en inglés)

Entérese si Medicare o su otro seguro paga primero. Dígale al BCRC si tiene otro seguro, o si tiene que comunicar algún cambio en la información de su seguro.

1-855-798-2627

TTY: 1-855-797-2627

Organizaciones para Mejoras de la Calidad para el Cuidado Centralizado de Beneficiarios y la Familia (BFCC-QIO en inglés)

Contacte BFCC-QIO para hacer preguntas o presentar quejas sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, o si piensa que el servicio que le brindan está terminando antes de tiempo (por ejemplo si le dan de alta del hospital y usted no está de acuerdo). Para obtener el número de teléfono de su BFCC-QIO, visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Departamento de Defensa

Para información sobre TRICARE for Life (TFL) y el Programa de Ayuda Farmacéutica de TRICARE.

TFL

1-866-773-0404

TTY: 1-866-773-0405

tricare.mil/tfl

tricare4u.com

Programa de Farmacia Tricare

1-877-363-1303

TTY: 1-877-540-6261

tricare.mil/pharmacy

express-scripts.com/tricare

Departamento de Salud y Servicios Humanos

Oficina de Derechos Civiles

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

1-800-368-1019

TTY: 1-800-537-7697

hhs.gov/ocr

Departamento de Asuntos de Veteranos

Si usted es un excombatiente/veterano o ha sido parte de las Fuerzas Armadas.

1-800-827-1000

TTY: 1-800-829-4833

va.gov

Oficina de Gerencia de Personal

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

1-888-767-6738

TTY: 1-800-878-5707

opm.gov/healthcare-insurance

Si es un empleado federal en actividad, debe comunicarse con el funcionario de beneficios. Visite apps.opm.gov/abo para obtener una lista de los funcionarios de beneficios.

Junta de Retiro Ferroviario (RRB en inglés)

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

1-877-772-5772

TTY: 1-312-751-4701

rrb.gov

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

Para consejería personalizada y gratuita sobre Medicare vea la página 142 para más información. Vea la página 149.

Seguro Social

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

1-800-772-1213

TTY: 1-800-325-0778

socialsecurity.gov

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Sección 2—

La inscripción en las Partes A y B de Medicare

Algunas personas obtienen las Partes A y B automáticamente

Recuerde que si vive en Puerto Rico no recibirá la Parte B automáticamente. Debe inscribirse. Vea la página 24 para más información.

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

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

Si padece de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS en inglés) también conocida como enfermedad de Lou Gehrig, obtendrá las Partes A y B automáticamente el mes en que comiencen sus beneficios por incapacidad.

Si lo inscriben automáticamente, le enviarán su tarjeta de Medicare (la tarjeta roja, blanca y azul) por correo, 3 meses antes de cumplir 65 años o en el mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. Si no desea la Parte B, siga las instrucciones que le envían con la tarjeta y devuélvala. Si se la queda, significa que se queda con la Parte B y tendrá que pagar las **primas**. Si necesita ayuda para decidir si se inscribe en la Parte B, consulte las páginas 25–27.

Nota: Si no recibe la tarjeta por correo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 y asegúrese de que tenga la dirección correcta. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-325-0778.

Algunas personas deben inscribirse en las Partes A y/o B

Si usted está próximo a cumplir 65 años pero no está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) y desea la cobertura de la Parte A o B, tendrá que inscribirse. Comuníquese con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir 65 años. También puede inscribirse en socialsecurity.gov/retirement. Si trabajó para los ferrocarriles, debe inscribirse llamando a RRB. **En la mayoría de los casos, si no lo hace cuando es elegible para Medicare por primera vez, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía por todo el tiempo en que tenga la Parte B.**

Si padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD), debe inscribirse. Comuníquese con el Seguro Social para averiguar cuándo y cómo inscribirse en las Partes A y B. Para obtener más información visite Medicare.gov/publications y consulte “La cobertura Medicare de la diálisis renal y los servicios de trasplante de riñón”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y preguntar si le pueden enviar la publicación. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

¡Importante!

Si vive en Puerto Rico y recibe los beneficios del Seguro Social o de RRB, recibirá los beneficios de la Parte A automáticamente el primer día del mes en que cumpla 65 años o después del mes 24 de sus beneficios por incapacidad. **Sin embargo, si desea la Parte B tendrá que inscribirse usando el Formulario CMS-40B “Solicitud de Inscripción en la Parte B”.** Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía por todo el tiempo que tenga la Parte B. Visite cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/CMS-Forms-Items/CMS017339.html para obtener el formulario en inglés o español. Para más información, comuníquese con el Seguro Social o la oficina de RRB.

Nota: Para poder obtener las Partes A y B de Medicare, usted debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en el país.

¿Dónde puedo obtener más información?

Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778) para obtener información sobre la elegibilidad para Medicare y para inscribirse en las Partes A y/o B. Si recibe los beneficios de RRB, llame al 1-877-772-5772 (TTY: 1-312-751-4701).

También puede obtener asesoría personalizada del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el teléfono aparece en la página 149.

Si no me inscriben automáticamente, ¿cuándo puedo inscribirme?

Si desea la Parte A y/o la Parte B, puede inscribirse durante los períodos mencionados abajo. **Recuerde, en la mayoría de los casos, si no lo hace cuando es elegible para Medicare por primera vez, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía por todo el tiempo en que tenga la Parte B.**

Recuerde que si vive en Puerto Rico no recibirá la Parte B automáticamente. Debe inscribirse. Vea la página 24 para más información.

Período Inicial de Inscripción

Usted puede inscribirse en la Parte A y/o la Parte B durante el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y termina 3 meses después.

Si se inscribe en la Parte A y/o B durante los 3 primeros meses de su Período Inicial de Inscripción, en la mayoría de los casos la cobertura comenzará el primer día del mes de su cumpleaños. Sin embargo, si su cumpleaños es el primer día del mes, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes anterior.

Si se inscribe en la Parte A y/o B el mes de su cumpleaños 65 o en los 3 últimos meses del Período Inicial de Inscripción, el comienzo de su cobertura se retrasará.

Período General de Inscripción

Si no se inscribió en la Parte A y/o B (por la que debe pagar una prima) cuando fue elegible por primera vez, podrá hacerlo del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de julio. **Usted podría pagar una prima más elevada para la Parte A y/o B si se inscribe más tarde porque le cobrarán una multa por inscripción tardía.** Vea las páginas 33–34.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Período Especial de Inscripción

Una vez que haya terminado el Período de Inscripción Inicial, usted podrá inscribirse durante un Período Especial de Inscripción. Si no se inscribió en la Parte A y/o B cuando fue elegible por primera vez porque tenía la cobertura médica grupal de su empleador actual (o el de su cónyuge o familiar si usted está incapacitado), puede hacerlo:

- En cualquier momento mientras tenga la cobertura de un plan grupal
- Durante el período de 8 meses que comienza el mes después de que termine su empleo o la cobertura, lo que ocurra primero

Por lo general, usted no pagará la multa por inscripción tardía si se inscribe durante el Período Especial de Inscripción. Este período especial no se aplica a las personas que padecen de ESRD. **Nota:** Si usted está incapacitado, el empleador ofreciendo el plan de salud grupal debe tener 100 o más empleados.

¡Importante!

La cobertura de COBRA o de un plan médico para jubilados no se considera cobertura médica basada en su empleo actual. Por lo tanto, no será elegible para un Período Especial de Inscripción cuando dicha cobertura termine. Para evitar el pago de una **prima** más cara, asegúrese de inscribirse en Medicare cuando sea elegible por primera vez. Para obtener más información sobre COBRA, consulte la página 117.

Para más información sobre los períodos de inscripción, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Debo comprar la Parte B?

La información siguiente le ayudará a decidirlo.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Cobertura de Empleador o Sindicato—Si usted o su cónyuge (o un familiar si usted está incapacitado) **está trabajando** y usted tiene cobertura médica a través del empleador, incluido el seguro médico para empleados federales pero no el seguro para militares (a menos que esté activo) o de un sindicato, comuníquese con el administrador de beneficios para averiguar cómo trabaja dicho seguro con Medicare. Tal vez le convenga esperar para inscribirse en la Parte B. Usted podrá inscribirse en la Parte B en cualquier momento que tenga la cobertura de su empleador sin tener que pagar la multa por inscripción tardía.

Nota: Cobertura basada en su empleo actual no incluye:

- COBRA
- Cobertura médica para jubilados
- Cobertura médica para veteranos
- Cobertura médica individual (a través del Mercado de Seguros Médicos)

Cuando termina el empleo o su cobertura (lo que ocurra primero), ocurren 3 cosas:

1. Tiene un período de 8 meses para inscribirse en la Parte B sin tener que pagar la penalidad por inscripción tardía.
El período es válido independientemente de si elige COBRA o no. Si escoge COBRA, no espere hasta que esta cobertura termine para inscribirse en la Parte B. Si se inscribe en la Parte B después de los 8 meses, tendrá que pagar la penalidad por inscripción tardía por todo el tiempo que tenga la Parte B. No se podrá inscribir hasta el próximo Período General de Inscripción, y tendrá que esperar hasta el 1 de julio de ese año para que comience su cobertura. Esto puede ocasionar una interrupción en su cobertura.
2. Usted puede escoger COBRA que le permitirá que su cobertura de salud grupal continúe (en la mayoría de los casos sólo por 18 meses) y probablemente tenga que pagar más.
 - Si ya tiene COBRA cuando se inscribe en Medicare, su cobertura de COBRA probablemente terminará.
 - Si es elegible para COBRA después de haberse inscrito en Medicare, le tienen que permitir que se inscriba en COBRA, que siempre pagará después que Medicare (a menos que padezca de ESRD).
3. Cuando se inscriba en la Parte B, comenzará su Período Abierto de Inscripción para Medigap. Vea la página 102.

Si tiene cobertura CHAMPVA, debe inscribirse en la Parte A y Parte B para mantener su cobertura CHAMPVA.

TRICARE—Si tiene TRICARE (cobertura médica para militares activos y retirados incluyendo sus familias), **deberá obtener las Partes A y B cuando es elegible por primera vez, para quedarse con la cobertura de TRICARE.** Sin embargo, si es un miembro en servicio o el cónyuge o niño dependiente de un miembro activo, no tiene que estar inscrito en la Parte B para quedarse con la cobertura de TRICARE.

Militares activos:

- Antes de que el miembro activo se jubile, usted debe inscribirse en la Parte B para poder quedarse con la cobertura de TRICARE.

Familia de militares activos:

- Debe inscribirse en la Parte B antes de que su familiar se retire del servicio activo para mantener TRICARE sin interrupción en la cobertura.

Otra información importante sobre TRICARE:

- Cuando cumpla los requisitos por primera vez debido a que padece de ESRD, tendrá que inscribirse en las Partes A y B.
- Cuando el militar en actividad se jubile, la cobertura de TRICARE pasa a ser TRICARE for Life (TFL) y actúa como una cobertura suplementaria a Medicare. Esto significa que:
 - Medicare paga primero por los servicios cubiertos por Medicare.
 - TRICARE pagará el **deducible** de Medicare, el **coseguro** y cualquier servicio que Medicare no cubra pero que esté cubierto por TRICARE.
 - Usted tendrá que pagar los servicios que no cubre Medicare ni TRICARE.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

¿Cómo trabaja mi otro seguro con Medicare?

Cuando usted tiene otro seguro (como el de su empleador o sindicato) hay normas para decidir si Medicare o su otro seguro paga primero. Use este cuadro para averiguar quién paga primero.

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

Nota: En algunos casos, su empleador puede unirse a otros empleadores o sindicatos para crear un plan de empleadores múltiples. Si esto ocurre, el empleador o sindicato con más empleados determina si es Medicare o el plan el que paga primero.

Algunos datos para tener en cuenta:

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

Medicare puede ser el pagador secundario si usted tuvo un accidente o su caso está cubierto por la compensación al trabajador, en donde otro seguro paga o usted está haciéndole un juicio a un tercero para que pague los gastos médicos. En estos casos, usted o su abogado debe informárselo a Medicare a la brevedad. Estos son los tipos de seguro que generalmente pagan primero por los servicios relacionados con dicho seguros:

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

Nota: Medicare podría hacer un pago condicional si alguno de los seguros mencionados arriba aún no ha llegado a un acuerdo. Si este fuera el caso, cuando se llegue a un acuerdo o sentencia usted debe devolverle a Medicare la cantidad del pago condicional. Es su responsabilidad asegurarse de que esto ocurra.

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



Si desea más información, consulte “Medicare y Otros Beneficios Médicos: Su Guía sobre Quién Paga Primero” en Medicare.gov/publications. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048.

¡Importante!

Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame al Contratista de Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación (BCRC) al 1-800-798-2627. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-855-797-2627. También puede hablar con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato.

Medicare y el Mercado de Seguros Médicos

El Mercado de Seguros Médicos es una manera para que las personas obtengan cobertura médica. Cada estado y el Distrito de Columbia tiene acceso a un Mercado de Seguros Médicos. Medicare no forma parte del Mercado. El Mercado no afecta sus opciones o beneficios de Medicare.

¿Es la cobertura de Medicare “cobertura esencial mínima”?

La cobertura esencial mínima es la cobertura que necesita tener para cumplir con los requisitos de responsabilidad individual según la Ley de Cuidado de Salud A Bajo Precio.

Mientras tenga la Parte A de Medicare (incluyendo la cobertura de un Plan Medicare Advantage), se le considera cubierto y no necesita cobertura adicional.

Si **sólo** tiene la Parte B de Medicare, no se le considera tener cobertura esencial mínima. Esto significa que usted podría tener que pagar una multa por no tener cobertura. Usted tendrá que pagar esta multa cuando presente su declaración federal de impuestos.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

¿Puedo elegir la cobertura del Mercado en vez de Medicare o comprar un plan del Mercado para suplementar mi plan de Medicare?

Por lo general, no. Es ilegal que alguien le venda una póliza del Mercado cuando saben que usted tiene Medicare porque eso duplicaría su cobertura.

Sin embargo, si está empleado y su empleador patrocina un plan a través del Mercado, usted podría obtener dicha cobertura.

Nota: El Mercado de seguros no ofrece una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare), ni Planes Medicare Advantage o planes Medicare de medicamentos recetados (Parte D).

¿Qué ocurre si soy elegible para Medicare después de haberme inscrito en un plan del Mercado?

Usted puede comprar un plan a través del Mercado para que lo cubra mientras no es elegible para Medicare. Cuando comience la cobertura de Medicare, usted puede cancelar el plan del Mercado.

Cuando sea elegible para Medicare, le otorgarán un Período Inicial de Inscripción para inscribirse (vea la página 25). En la mayoría de los casos es aconsejable que se inscriba en cuanto sea elegible porque:

- Si se inscribe en Medicare después de que termine el Período Inicial de Inscripción, tal vez tenga que pagar la multa por inscripción tardía durante todo el tiempo que tenga Medicare. Además, usted puede inscribirse en la Parte B de Medicare (y de la Parte A si tiene que pagar la prima) sólo durante el Período General de Inscripción de Medicare (del 1 enero al 31 marzo de cada año). La cobertura no comienza hasta julio de ese año. Esto puede crear una interrupción en su cobertura.
- Cuando sea elegible para la Parte A de Medicare, ya no podrá obtener el crédito fiscal para pagar las **primas**, ni las reducciones en los costos compartidos del Mercado de seguros.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Nota: Usted puede quedarse con el plan del Mercado una vez que haya empezado la cobertura de Medicare. Sin embargo, cuando comience la cobertura de la Parte A, cualquier crédito fiscal o reducciones que reciba a través del Mercado terminarán.

¿Dónde puedo obtener más información?

Para aprender más sobre cómo funciona Medicare con el Mercado, visite CuidadoDeSalud.gov y Medicare.gov.

¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte A?

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

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

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

Nota: En el 2015, las personas que tienen que comprar la Parte A pagarán hasta \$407 por mes. Visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la cantidad para el 2016. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

En la mayoría de los casos, si usted decide **comprar** la Parte A, también tendrá que tener la Parte B y pagar las primas mensuales de ambas partes.

Multa por inscripción tardía en la Parte A

Si usted no es elegible para la Parte A sin el pago de la [prima](#) y no la compra cuando es elegible por primera vez, su prima mensual podría aumentar hasta un 10% por cada período de 12 meses que no tuvo cobertura. Usted tendrá que pagar esta prima más cara por el doble del número de años en los que podría haber tenido la Parte A pero no se inscribió.

Por ejemplo: Si fue elegible para la Parte A por 2 años pero no se inscribió, tendrá que pagar una prima 20% más alta por 4 años. En general, no tendrá que pagar esta multa si se inscribe en la Parte A durante un Período Especial de Inscripción. Vea la página 26.

¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?

Usted paga una prima mensual por la Parte B. La mayoría de los beneficiarios pagan la cantidad estándar de \$104.90 en el 2015. Visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la cantidad para el 2016. Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-486-2048.

Algunas personas podrían pagar una prima más alta por la Parte B

Si su ingreso bruto ajustado modificado tal y como figura en su declaración de impuestos de hace 2 años (la declaración de impuestos más reciente proporcionada por el IRS al Seguro Social) está por encima de cierta cantidad (\$85,000 para un individuo y \$170,000 para un matrimonio que presenta una declaración conjunta), tal vez tenga que pagar más. Esto no afecta a todas las personas, la mayoría de ellas no pagará más. El ingreso bruto ajustado modificado es el ingreso bruto ajustado más los ingresos por concepto de intereses exentos de impuestos.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Cada año, el Seguro Social le dirá si tiene que pagar más que la prima estándar. La cantidad que pague por concepto de **prima** puede cambiar cada año dependiendo de sus ingresos. Si tiene que pagar una prima más cara y no está de acuerdo (por ejemplo si su salario ha disminuido), llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-800-325-0778. Si recibe los beneficios de RRB, también debe comunicarse con el Seguro Social porque RRB no toma decisiones sobre ingresos. Para más información, visite socialsecurity.gov/pubs/EN-05-10536.pdf y revise la publicación “Las primas mensuales de Medicare: Reglas para beneficiarios con ingresos más altos”.

Multa por inscripción tardía en la Parte B

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, quizá tenga que pagar una multa por inscripción tardía por todo el tiempo que tenga la Parte B. La prima mensual de la Parte B podría aumentar hasta un 10% por cada período de 12 meses en los que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Por lo general, usted no paga esta multa si cumple ciertos requisitos que le permitan inscribirse en la Parte B durante un Período Especial de Inscripción. Vea las páginas 25–26.

Por ejemplo: El Período Inicial de Inscripción del Sr. Torres terminó el 30 de septiembre de 2012. El Sr. Torres esperó para inscribirse en la Parte B hasta el Período General de Inscripción en marzo de 2015. La multa de la prima de la Parte B es de 20%. (Si bien el Sr. Torres esperó un total de 30 meses antes de inscribirse, solamente se tienen en cuenta 2 períodos completos de 12 meses.) Tendrá que pagar dicha multa por todo el tiempo que tenga la Parte B.

Si tiene ingresos y recursos limitados, consulte las páginas 119–126 para obtener información sobre la ayuda para pagar las primas de Medicare.

¿Cómo puedo pagar la prima de la Parte B?

Si usted recibe los beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Gerencia del Personal, la **prima** de la Parte B se deducirá automáticamente de su cheque de pago. Si usted no recibe estos beneficios y se inscribe en la Parte B, le mandarán una factura. Si decide comprar la Parte A, siempre le enviarán una factura por la cantidad de la prima.

Hay 3 maneras de pagar las primas:

1. Usted puede enviar el pago de la prima por correo a:

Medicare Premium Collection Center
P.O. Box 790355
St. Louis, Missouri 63179-0355

Si recibe una factura de RRB, envíe el pago de la prima por correo a:

RRB
Medicare Premium Payments
P.O. Box 979024
St. Louis, Missouri 63197-9000

2. Puede pagar con una tarjeta de crédito. Para hacerlo, llene la parte inferior del cupón de pago de su cuenta de Medicare y mándelo a la dirección indicada arriba.
3. Puede inscribirse en el servicio Pago fácil (Easy pay), un servicio gratuito que deduce automáticamente la cantidad de la prima de su cuenta corriente o de ahorro. Para obtener más información visite Medicare.gov.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Si tiene preguntas sobre las primas, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-325-0778. Si recibe las facturas del RRB, llame al 1-877-772-5772. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-312-751-4701.

Sección 3—

Averigüe si Medicare paga por su examen, servicio o artículo

¿Cuáles son los servicios que cubre Medicare?

Medicare cubre ciertos servicios médicos e insumos en hospitales, consultorios médicos y otros centros de salud. Los mismos están cubiertos por la Parte A o por la Parte B de Medicare.

Si tiene las Partes A y B podrá obtener todos los servicios cubiertos por Medicare que se mencionan en esta sección, ya sea que tenga el Medicare Original o un Plan Medicare Advantage.

¡Importante!

Para poder obtener las Partes A y B de Medicare, usted debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en el país.

¿Qué cubre la Parte A?

La Parte A (seguro de hospital) de Medicare le ayuda a pagar por:

- La estadía en el hospital
- La estadía en centros de enfermería especializada (no paga por el [cuidado de compañía](#) ni por el [cuidado a largo plazo](#))
- El cuidado de hospicio
- Los servicios para el cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)
- La estadía en una [institución](#) religiosa no médica para servicios de la salud

Usted puede averiguar si tiene la Parte A fijándose en su tarjeta de Medicare. Si tiene el Medicare Original utilizará esta tarjeta para obtener todos los servicios cubiertos por Medicare. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage tendrá que usar la tarjeta del plan para obtener los servicios cubiertos por Medicare.

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

Por cada servicio que aparece en la tabla de las páginas siguientes, le pueden cobrar un **copago**, **coseguro** y **deducible**. Si desea información sobre costos específicos, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o visite Medicare.gov. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Los servicios cubiertos por la Parte A

Sangre

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

Servicios de la salud en el hogar (atención en el hogar)

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

1. Generalmente usted no puede salir de su casa o si lo hace, significa un esfuerzo considerable.
2. Debido a una enfermedad o lesión, no es recomendable desde el punto de vista médico, que salga de su casa o no es posible que salga sin algún aparato, o si necesita un tipo de transporte especial o la ayuda de otra persona.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Usted no paga por los servicios cubiertos para el cuidado de la salud en el hogar pero paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el equipo médico duradero. Consulte la página 52.

Cuidado de hospicio

Para recibir el cuidado de hospicio, su médico o un médico de hospicio debe certificar que usted tiene una enfermedad terminal y que probablemente le queden 6 meses de vida o menos. Si usted ya recibe cuidado de hospicio, el médico del hospicio o una enfermera diplomada tendrá que verlo aproximadamente a los 6 meses de su ingreso al hospicio para certificar nuevamente que su enfermedad sigue siendo terminal. La cobertura incluye:

- Los servicios para el dolor o para controlar los síntomas
- Los servicios médicos, de enfermería y sociales
- Los medicamentos
- Certo equipo médico duradero
- Ayudante para las tareas del hogar
- Otros servicios cubiertos; así como los servicios que Medicare generalmente no cubre, como consejería espiritual para lidiar con el problema.

Por lo general, el cuidado de hospicio se brinda en su hogar o en una residencia (como un asilo para ancianos) si ese es su hogar.

El cuidado de hospicio no incluye alojamiento y comida, a menos que el equipo médico determine que usted necesita una estadía corta en un hospital para aliviar el dolor y los síntomas que no puedan tratarse en el hogar. La estadía debe ser en un centro aprobado por Medicare como un hospicio, centro de enfermería especializada u hospital que tenga un contrato con el hospicio. Medicare cubre el cuidado de relevo para los pacientes internados, que es el cuidado que se le brinda a un paciente de hospicio, para que descance el cuidador de costumbre. Usted puede quedarse en un centro aprobado por Medicare hasta 5 días cada vez que reciba cuidado de relevo. Medicare pagará por los servicios cubiertos que no estén relacionados con su enfermedad terminal. Usted puede seguir recibiendo cuidado de hospicio mientras que el director médico o el médico del hospicio sigan certificando que padece de una enfermedad terminal.

- Usted no paga por el cuidado de hospicio.
- Le cobrarán un **copago** de hasta \$5 por cada receta para tratar el dolor y los síntomas si usted es un paciente ambulatorio. En el caso de que su medicamento no esté cubierto por el hospicio, su proveedor deberá comunicarse con su plan de medicamentos para ver si está cubierto bajo la Parte D de Medicare.
- Tendrá que pagar el 5% de la **cantidad aprobada por Medicare** por el cuidado de relevo para pacientes internados.

Estadía en el hospital (internación)

Mientras está internado, Medicare paga la habitación semi privada, comidas, enfermería general, medicamentos y otros servicios y suministros del hospital. Esto incluye internación en un hospital de cuidados agudos, **hospitales de acceso crítico, dependencias de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo**, internación como parte de un estudio de investigación y servicios de salud mental. No incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación (si se cobran por separado) ni artículos para higiene personal (medias antideslizantes, afeitadoras, etc.). Tampoco incluye una habitación privada, a menos que sea **necesario por razones médicas**. Por lo general, la Parte B cubre el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios médicos durante su internación.

- Usted paga un deducible y no le cobrarán un **copago** por una estadía de 1–60 días por cada **período de beneficio**.
- De 61–90 días le cobrarán un copago/coseguro por día por cada período de beneficio.
- Usted tiene que pagar un copago por los “**días de reserva vitalicios**” después de los 90 días por cada período de beneficio (hasta 60 días de por vida).
- Después de los días de reserva vitalicios, usted paga todos los costos diarios.
- Los servicios de salud mental que recibe en un hospital psiquiátrico se limitan a un período de 190 días (durante toda su vida).

Importante!

¿Es usted un paciente internado?

Pasar una noche en el hospital no significa que a usted se le considera como paciente internado. Se considera internación cuando es admitido al hospital con una orden del médico. Usted sigue siendo considerado como paciente ambulatorio si no ha sido admitido formalmente, inclusive si recibe servicios en la sala de emergencia, está en observación le hacen un procedimiento ambulatorio, análisis o rayos X. **Pregunte siempre si se le considera paciente internado o ambulatorio porque puede influir en lo que usted paga y en si calificará para la cobertura de la Parte A en un centro de enfermería especializada.**

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Si desea más información, consulte “¿Es Usted un Paciente Interno o Ambulatorio del Hospital? Si tiene Medicare—Pregunte” en Medicare.gov/publications.

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

Estos centros atienden a las personas que necesitarían recibir los servicios en un hospital o [centro de enfermería especializada](#), pero que por creencias religiosas rechazan la atención médica. Medicare sólo cubre los suministros y servicios que no sean religiosos ni médicos. Por ejemplo, la habitación, comidas, los vendajes (sin medicamento) o el uso de un andador durante la estadía, no requieren una orden del médico o receta.

Atención en un centro de enfermería especializada

Medicare cubre la habitación semi privada, comidas, enfermería especializada y rehabilitación, y otros servicios e insumos médicos después de una estadía mínima de 3 días en el hospital por [motivos médicos](#), por una enfermedad o lesión relacionada. La estadía en el hospital comienza el día en que es admitido formalmente con la orden de un médico y no incluye el día en que le dan de alta. Usted puede obtener cuidado de enfermería o terapia especializada si:

- Ayuda a mejorar su condición
 -
- Mantiene su condición actual y previene o demora el empeorarse

Para obtener atención en un centro, su médico debe indicar que necesita servicios diarios de enfermería especializada como la aplicación de inyecciones intravenosas o terapia física.

Usted paga:

- Nada por los primeros 20 días de cada [período de beneficio](#)
- De 21–100 días paga un [coseguro](#) por cada período de beneficio
- Después de los 100 días usted paga todos los costos en cada período de beneficio

Visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar cuánto paga por la internación en el hospital o en un centro de enfermería especializada en 2016. Los usuarios de [TTY](#) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Medicare no cubre [cuidado a largo plazo](#) ni el [cuidado de custodia](#).

¿Qué cubre la Parte B?

La Parte B (seguro médico) ayuda a pagar los servicios del médico, el cuidado para pacientes ambulatorios, el cuidado de la salud en el hogar, el equipo médico duradero y otros servicios **necesarios por razones médicas**. La Parte B también cubre muchos **servicios preventivos**. Para averiguar si tiene la Parte B, fíjese en su tarjeta de Medicare. Las páginas 43–71 incluyen una lista de los servicios comúnmente cubiertos por la Parte B y una descripción general de los mismos. Medicare puede cubrir algunos servicios y exámenes con más frecuencia de lo estipulado si se necesitan para diagnosticar algún problema médico. Para averiguar si Medicare cubre un servicio que no aparece en la lista visite Medicare.gov/coverage, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048. Para más detalles sobre los servicios cubiertos por Medicare, visite Medicare.gov/publications y consulte la publicación “Sus beneficios de Medicare”. Para solicitar que le envíen una copia llame al 1-800-MEDICARE.

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

La lista en las páginas siguientes le brinda información general sobre lo que tiene que pagar en el Medicare Original si recibe los servicios de proveedores de la salud que aceptan la **asignación**. Vea las páginas 78–79. Usted pagará más si sus médicos no aceptan la asignación. **Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o si tiene otro seguro médico, sus gastos podrían ser diferentes. Comuníquese con su plan o con su administrador de beneficios para averiguar sobre los costos.**

La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 153–156.

En el Medicare Original, si se aplica el **deducible** de la Parte B (\$147 en 2015), usted tendrá que pagar todos los costos (de la **cantidad aprobada por Medicare**) hasta que haya cubierto la cantidad del deducible anual. Después, Medicare comenzará a pagar la porción que le corresponde y usted pagará generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para dicho servicio, si su médico acepta la asignación. No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo. Para obtener información específica sobre los costos llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o visite Medicare.gov.

Usted no tiene que pagar por la mayoría de los servicios preventivos que reciba de un proveedor que acepte la asignación. Sin embargo, por algunos servicios preventivos le cobrarán un deducible, **coseguro** o ambos. Estos precios también puede aplicarse si usted recibe los servicios preventivos en la misma visita en la que recibe servicios no preventivos.

Los servicios cubiertos por la Parte B



Usted verá esta manzanita al lado de los [servicios preventivos](#) mencionados en las páginas 43–69. Use la lista de control de los servicios preventivos que está en las páginas 69–70 para hablar con su médico o proveedor de la salud sobre cuáles necesita.



Examen de aneurisma abdominal aórtico

Una prueba de ultrasonido realizada una sola vez a las personas en riesgo. Medicare sólo paga por este examen si su médico lo refiere. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico o proveedor calificado acepta la [asignación](#).

Nota: Si tiene un historial familiar de aneurisma abdominal aórtico, o es un hombre de entre 65–75 años y ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en su vida, se le considera como persona en riesgo.



Consejería sobre el abuso del alcohol

Medicare cubre una evaluación sobre el abuso del alcohol una vez al año para los beneficiarios adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol, pero que no responden al criterio de alcoholismo. Si su [médico de cabecera](#) u otro [proveedor de atención primaria](#) determinan que usted está abusando del alcohol, pueden brindarle hasta 4 sesiones breves de consejería al año (si usted está alerta y competente durante la sesión). Un médico de cabecera calificado u otro proveedor pueden asesorarlo en el consultorio o en una clínica de cuidados primarios. Usted no paga si el médico o proveedor acepta la asignación.

Servicio de ambulancia

Medicare cubre el traslado terrestre en ambulancia cuando es **necesario por razones médicas** para llevarlo a un hospital, **hospital de acceso crítico** o centro de enfermería especializada, si el transporte en otro vehículo pudiera poner su vida en peligro. Medicare pagará por el transporte en un avión o helicóptero si requiere un servicio inmediato que la ambulancia normal no puede proporcionarle.

En algunos casos, Medicare puede pagar por servicios limitados de transporte en una ambulancia que no sean de emergencia, si su médico lo ordena por escrito y por motivos de salud (como el transporte a un centro de diálisis renal para un paciente con Enfermedad Renal Terminal).

Medicare sólo pagará por el transporte hacia el centro médico más cercano que pueda brindarle el tratamiento que necesita.

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

Centros de cirugía ambulatoria

Medicare paga los gastos del centro para los servicios aprobados en un centro de cirugía ambulatoria (donde se realizan procedimientos quirúrgicos) y se espera que el paciente sea dado de alta en 24 horas. Excepto por ciertos **servicios preventivos** (por los cuales no tiene que pagar si su médico u otro proveedor de la salud acepta la asignación), usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el centro de cirugía ambulatoria y el médico que lo trata, también tiene que pagar el deducible de la Parte B. Usted tiene que pagar todas las tarifas que le cobren por los procedimientos que Medicare no autoriza en los centros de cirugía ambulatoria.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Sangre

Si el hospital o proveedor obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Sin embargo, le cobrarán un **copago** por los servicios para procesar la sangre, por cada pinta de sangre que reciba. También tiene que pagar el **deductible** de la Parte B. Si el proveedor tiene que comprar la sangre, usted debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año o donarla (usted o alguien en su nombre).



Densitometría ósea (medición de la masa ósea)

Para prevenir el riesgo de rotura de huesos. Este servicio está cubierto una vez cada 24 meses (o con mayor frecuencia si fuese **necesario por razones médicas**) para los beneficiarios que cumplen ciertos requisitos o padecen de ciertos problemas médicos. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico o proveedor acepta la **asignación**.



Mamografía

Medicare cubre una mamografía cada 12 meses para todas las beneficiarias de 40 años o más para detectar el cáncer de mama. Medicare cubre una mamografía base para las mujeres entre 35 y 39 años. Usted no paga por la mamografía si su médico o proveedor acepta la asignación.

Nota: La Parte B también cubre las mamografías de diagnóstico cuando son médicaamente necesarias.

Rehabilitación cardiaca

Medicare cubre programas integrales que incluyen ejercicios, educación y consejería para pacientes que cumplen estos requisitos.

- Un ataque al corazón en los últimos 12 meses
- Cirugía coronaria
- Angina de pecho constante (dolor de pecho)
- Reparación o reemplazo de las válvulas del corazón
- Angioplastia coronaria (procedimiento médico para abrir un bloqueo arterial) o la colocación de un stent coronario (procedimiento para mantener una arteria abierta)
- Trasplante del corazón o corazón-pulmón

Medicare también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son más rigurosos e intensos. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) si recibe estos servicios en el consultorio del médico. Como paciente ambulatorio del hospital tendrá que pagar el [copago](#) que cobra el hospital. También le corresponde pagar el [deductible](#) de la Parte B.



Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)

Medicare pagará por una visita anual con su [médico de cabecera](#) en una clínica de atención primaria o en el consultorio del médico para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante la visita, el médico puede hablarle sobre los beneficios de tomar aspirina (si fuera apropiado), controlará su presión arterial y le dará consejos sobre cómo alimentarse correctamente. Usted no tendrá que pagar este servicio si el médico acepta la [asignación](#).



Evaluaciones cardiovasculares

Análisis de sangre para detectar un problema que podría derivar en un derrame cerebral o un ataque al corazón. Medicare paga las pruebas de colesterol, lípidos, lipoproteínas y triglicéridos cada 5 años. Usted no paga por estos exámenes si su médico o proveedor acepta la asignación.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.



Evaluación para la detección del cáncer del cuello del útero y de la vagina

Medicare cubre la evaluación para la detección del cáncer cervical, vaginal y de mama. Como parte de la misma también se incluye un examen de los senos. Medicare paga por estos exámenes cada 24 meses para las beneficiarias de bajo riesgo y cada 12 meses para las mujeres de alto riesgo, y aquellas en edad de concebir a quienes se les hizo un examen en los últimos 36 meses y el mismo mostró alguna anormalidad. Usted no paga por la prueba de Papanicolaou, la recolección de la muestra, los exámenes pélvicos y de los senos si su médico acepta la [asignación](#).

Quimioterapia

Medicare cubre el tratamiento de quimioterapia en el consultorio del médico, en una clínica independiente o en el departamento ambulatorio del hospital para personas con cáncer.

Por los servicios de quimioterapia que recibe en el consultorio médico o en una clínica independiente, usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#). Si se la hacen en el departamento ambulatorio del hospital, le cobran un [copago](#).

La quimioterapia que recibe como paciente internado en el hospital está cubierta por la Parte A. Vea Cuidado de Hospital (internación) en la página 40.

Servicios quiroprácticos (limitados)

Medicare cubre los servicios [necesarios por razones médicas](#) para corregir una luxación (cuando uno o más huesos se salen de su posición) usando la manipulación de la columna vertebral. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

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

Estudios clínicos

Los estudios de investigación prueban tipos distintos de tratamiento para comprobar cómo funcionan y si son seguros. Medicare cubre algunos costos como la visita médica y los exámenes si participa en un estudio clínico aprobado. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) y el [deductible](#) de la Parte B.

Nota: Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), algunos gastos podrían estar cubiertos por Medicare y otros por su plan MA.



Examen para la detección de cáncer colorrectal

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

- **Prueba múltiple de ADN en heces**—La prueba de laboratorio de ADN en heces generalmente está cubierta una vez cada 3 años para las personas que cumplen con todas estas condiciones:
 - Están entre las edades de 50–85.
 - No muestran síntomas de enfermedad colorrectal, incluyendo, pero no limitados a, dolor gastrointestinal inferior, heces con sangre, prueba de sangre oculta en heces positiva (guayaco) o prueba inmunoquímica fecal.
 - Con riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa:
 - No tener antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria del intestino, incluyendo la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
 - No tener antecedentes familiares de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.

La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 153–156.

Usted no paga por el examen si el médico u otro proveedor de la salud calificado acepta la [asignación](#).

- **Sangre oculta en la materia fecal**—Si tiene 50 años o más, una vez cada 12 meses. El examen es gratis si su médico o proveedor de la salud acepta la asignación.

- **Sigmoidoscopía flexible**—Si tiene 50 años o más, una vez cada 4 años (48 meses) o 120 meses después de la colonoscopía anterior para aquellas personas que no son de alto riesgo. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la [asignación](#).
- **Colonoscopía**—Una vez cada 120 meses (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses), o 48 meses después de la sigmoidoscopía flexible previa. No hay edad mínima. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la asignación.
Nota: Si se encuentra un pólipos u otro tejido y se lo quita durante la colonoscopía, tal vez tenga que pagar el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) por los servicios del médico y un [copago](#) que le cobrará el departamento ambulatorio del hospital. No tiene que haber pagado el [deductible](#) de la Parte B.
- **Enema de bario**—Una vez cada 48 meses si tiene 50 años o más (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses) cuando se usa en lugar de una sigmoidoscopía o de una colonoscopía. Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico. Como paciente ambulatorio del hospital tendrá que pagar el copago que cobra el hospital.

Cuidado de conserjería

El cuidado de conserjería es cuando un médico o grupo de médicos le cobra una membresía antes de verlo o admitirlo en su consulta. Al pagar estos honorarios, es posible que le brinden ciertos servicios o atenciones que Medicare no cubre. Medicare no cubre honorarios de membresía por el cuidado de conserjería (también denominada medicina de conserjería, medicina basada en anticipos, medicina personalizada, práctica médica platino, atención directa o cuidado directo).

Los médicos que ofrecen este tipo de servicio deben seguir las normas de Medicare:

- Los médicos que aceptan la **asignación** no pueden cobrarle adicional por los servicios cubiertos por Medicare. Esto significa que la membresía no puede incluir cargos adicionales por elementos o servicios cubiertos por Medicare, a menos que el médico crea que probablemente (o sin duda) Medicare no cubre ese suministro o servicio porque no es **necesario por razones médicas**. En esta situación, su médico le debe entregar una nota por escrito que se llama “Aviso Anticipado de No Cobertura para el Beneficiario” (ABN en inglés).
- Los médicos que no aceptan la asignación pueden cobrar más de la **cantidad aprobada por Medicare** para los servicios cubiertos por Medicare, pero hay un límite del 15 % llamado “cargo límite”.
- Todos los médicos de Medicare (independientemente de si aceptan la asignación o no) pueden cobrarle por suministros y servicios que Medicare no cubre.

Nota: Usted paga 100 % de la membresía por el cuidado de consejería.

Terapia de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP en inglés)

Medicare cubre una terapia CPAP de 3 meses si se le ha diagnosticado apnea obstructiva del sueño. Medicare puede cubrir la terapia durante más tiempo si usted visita a su médico y este documenta en su historial clínico que la terapia CPAP le está resultando útil.

Usted paga 20 % de la cantidad aprobada por Medicare para el alquiler de la máquina y la adquisición de los suministros relacionados (como máscaras y tubos) y se aplican los **deductibles** de la Parte B. Medicare le paga al proveedor por el alquiler de la máquina durante los 13 meses si la ha estado usando sin interrupciones. Después de haber alquilado la máquina durante 13 meses, pasa a ser suya. **Nota:** Si usted tenía una máquina de CPAP desde antes de obtener Medicare, Medicare puede cubrir el alquiler o el reemplazo de la máquina de CPAP y/o los accesorios, siempre que cumpla ciertos requisitos.

Si vive en ciertas zonas del país, es posible que tenga que usar proveedores específicos para que Medicare pague por la máquina de CPAP y/o los accesorios. Consulte la página 53 para obtener más información.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Desfibrilador (automático implantable)

Para algunos beneficiarios diagnosticados con insuficiencia cardíaca. Si le hacen la cirugía como paciente ambulatorio, usted tiene que pagar el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) por los servicios del médico. Si lo colocan en el hospital, tendrá que pagar un [copago](#) que no puede exceder la cantidad del [deductible](#) de la Parte A para la internación. También tiene que pagar el deductible de la Parte B. Las cirugías para implantar el desfibrilador si lo internan, serán pagadas por la Parte A. Vea “Estadía en el hospital” (internación) en la página 40.



Evaluación de depresión

Medicare cubre una evaluación de depresión al año. La misma debe realizarse en el consultorio del médico de cabecera o en una clínica de atención primaria que puede hacer un tratamiento o [referirlo](#). Usted no paga si su médico acepta la [asignación](#).



Evaluación de diabetes

Medicare paga por esta prueba si usted es una persona en riesgo de padecer de diabetes. Medicare puede cubrir hasta 2 evaluaciones al año. Usted no paga si su médico o proveedor acepta la asignación.



Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes

Medicare cubre este entrenamiento para que los pacientes diabéticos aprendan a controlar la enfermedad. El programa puede incluir consejos para una alimentación saludable, para mantenerse activo, monitorear el nivel de azúcar en la sangre, tomar los medicamentos y reducir los riesgos. Tiene que tener una orden escrita de su médico o proveedor de la salud. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deductible de la Parte B.

Suministros/insumos para diabéticos

Medicare cubre los monitores de glucosa, tiras para las pruebas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, solución para el control de glucosa y en algunos casos, zapatos terapéuticos. La insulina sólo está cubierta si se usa con una bomba de insulina externa y es **necesaria por motivos médicos**. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Nota: La insulina, ciertos medicamentos orales y los insumos médicos necesarios para inyectarse la insulina como las jeringas, podrían estar cubiertos por un plan de la Parte D. Para más información, hable con su plan.

¡Importante!

Es posible que usted tenga que usar proveedores específicos para algunos de los tipos de suministros para las pruebas de diabetes. Visite Medicare.gov/supplierdirectory para encontrar una lista de proveedores en su área.

Servicios del médico y de otros proveedores de la salud

Medicare cubre los servicios del médico (que incluyen los servicios que recibe en el hospital y como paciente ambulatorio) que sean necesarios por razones médicas y los **servicios preventivos**. Medicare también cubre los servicios de otros proveedores, como asistentes médicos, enfermeras profesionales, asistentes sociales, terapeutas físicos y psicólogos. Excepto por ciertos servicios preventivos (que son gratuitos), usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el deducible de la Parte B.

Equipo Médico Duradero (DME) (como andadores)

Medicare cubre los artículos tales como el equipo de oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital ordenados por su médico u otro proveedor para usar en el hogar. Algun equipo puede alquilarse. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

Asegúrese de que sus médicos y proveedores de equipo médico duradero (DME en inglés) estén inscritos en Medicare. Los médicos y proveedores deben cumplir estándares estrictos para inscribirse y permanecer inscritos en Medicare. Si sus médicos o proveedores no están inscritos, Medicare no pagará sus reclamaciones. También es importante preguntarles a sus proveedores si participan en Medicare antes de obtener su DME. Si los proveedores participan en el programa de cobertura, deben aceptar la **asignación** (es decir, se deben limitar a cobrarle el **coseguro** y el **deductible** de la Parte B de la **cantidad aprobada por Medicare**). Si los proveedores están inscritos en Medicare pero no son “participantes” pueden elegir no aceptar la asignación. Si los proveedores no aceptan la asignación, no hay límite a la cantidad que pueden cobrarle. Para encontrar proveedores que acepten la asignación, visite Medicare.gov/supplierdirectory o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

Para más información, visite Medicare.gov/publications y consulte la publicación “La Cobertura de Medicare del Equipo Médico Duradero y Otros Artículos”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y preguntar si pueden enviarle una copia.

Programa de Oferta Competitiva del Equipo Médico Duradero, Prótesis, Aparatos Ortopédicos e Insumos (DMEPOS): Si tiene el Medicare Original, vive en una Zona de Oferta Competitiva y necesita ciertos artículos debe obtenerlos de proveedores específicos que tengan un contrato; de lo contrario, Medicare no pagará por ellos y tendrá que pagarlos usted.

Visite Medicare.gov/supplierdirectory para determinar si vive en una Zona de Oferta Competitiva (CBA) y obtener la lista de los proveedores aprobados por Medicare. Si su código postal corresponde a una CBA, los artículos incluidos en el programa estarán marcados con una estrella naranja. También puede llamar al 1-800-MEDICARE.

El programa solamente es válido si tiene el plan Medicare Original. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), el plan le avisará si está cambiando de proveedor. Si tiene dudas, hable con su plan.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

EKG de evaluación

Medicare cubre un EKG de evaluación una sola vez si usted tiene una orden de su médico emitida como resultado de la visita médica preventiva única “Bienvenido a Medicare”. Vea las páginas 59–60. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) y el [deductible](#) de la Parte B. También cubre un EKG como examen de diagnóstico. Vea la página 65. Si le hacen el EKG en un hospital o en una clínica del hospital, también tendrá que pagar el [copago](#) del hospital.

Servicios de la sala de emergencia

Estos servicios son cubiertos cuando tiene una herida grave, una enfermedad repentina o una condición que va empeorando rápidamente. Le cobrarán un copago específico por la visita a la sala de emergencia y el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico u otro proveedor. También debe pagar el deductible de la Parte B. Sin embargo, los costos podrían variar si lo admiten al hospital.

Anteojos (cobertura limitada)

Medicare paga por un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas con implante de una lente intraocular. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) y tiene que haber pagado el [deductible](#) de la Parte B. **Nota:** Medicare sólo pagará por los anteojos o lentes de contacto de un proveedor inscrito en el programa de Medicare, sin importar quien presente la reclamación (usted o su proveedor).

Servicios médicos de un centro autorizado federalmente

Medicare cubre muchos servicios médicos primarios ambulatorios y [servicios preventivos](#) que usted recibe en ciertas clínicas en su comunidad. Generalmente, usted paga el 20% de lo que le cobran o la cantidad aprobada por Medicare, pero estos centros de salud deben ofrecerle un descuento si su ingreso está por debajo del 200% del nivel federal de pobreza. Los servicios preventivos son gratuitos y el [copago](#) y deductible de la Parte B no aplica. Visite findahealthcenter.hrsa.gov para encontrar un centro participante cerca de usted.



Vacuna contra la gripe/influenza

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

Examen de los pies y tratamiento

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



Examen de glaucoma

Medicare paga por este examen cada 12 meses para aquellos beneficiarios de alto riesgo. Usted es considerado de alto riesgo si padece de diabetes, tiene un historial familiar de glaucoma, es afroamericano y tiene 50 años o más o hispano de 65 años o más. El examen debe hacerlo un oftalmólogo autorizado legalmente para trabajar en su estado. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deductible de la Parte B por la visita médica. Tendrá que pagar un copago por los servicios ambulatorios del hospital.

Exámenes del oído y del equilibrio

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

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.



Vacuna contra la hepatitis B

Este servicio está cubierto para los beneficiarios de Medicare de alto o mediano riesgo de contraer la hepatitis B. Algunos factores de riesgo incluyen hemofilia, Enfermedad Renal Terminal (ESRD en inglés), diabetes, si vive con alguien que tiene hepatitis B, o si es un trabajador de la salud y tiene contacto frecuente con sangre o fluidos corporales. Consulte con su médico para ver si usted está a medio o alto riesgo de contraer hepatitis B. Usted no paga si su médico acepta la [asignación](#).



Prueba de detección de hepatitis C

Medicare cubre una prueba una sola vez para la detección de hepatitis C para las personas con una de estas condiciones:

- La persona es de alto riesgo porque tiene un historial actual o pasado de drogas ilícitas.
- Tuvo una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945 y 1965.

Medicare también cubre exámenes anuales para ciertas personas con alto riesgo.

Medicare sólo cubrirá las pruebas de detección de hepatitis C si son ordenadas por un [médico de cabecera](#) u proveedor de atención primaria. Usted no paga por la prueba de detección si el proveedor acepta la asignación.



Examen del VIH

Medicare cubre la prueba del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) una vez cada 12 meses para:

- Las personas entre las edades de 15 y 65 años.
- Las personas menores de 15 y mayores de 65, que corren un mayor riesgo.

Nota: Medicare cubre esta prueba hasta 3 veces durante un embarazo.

El examen es gratuito si su médico o proveedor de salud acepta la asignación.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

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

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

La atención puede incluir servicios sociales, servicios de auxiliares para el hogar a tiempo parcial o intermitente, equipo médico duradero y suministros médicos para usar en el hogar. Debe estar recluido en su hogar, lo que significa que:

1. Debido a una enfermedad o lesión, no es aconsejable desde el punto de vista médico, que salga de su casa o no puede hacerlo a menos que tenga un equipo de apoyo, o necesita un tipo de transporte especial o la ayuda de otra persona.
2. No se recomienda que abandone su hogar debido a su condición médica y porque hacerlo le significa un gran esfuerzo.

Usted no paga por los servicios para el cuidado de la salud en el hogar. Para información sobre el equipo médico duradero cubierto por Medicare, consulte las páginas 52–53.

Servicios e insumos para diálisis renal

Por lo general, Medicare cubre el tratamiento de diálisis 3 veces por semana si usted padece de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD). La cobertura incluye los medicamentos para diálisis, análisis, entrenamiento para diálisis en el hogar y el equipo e insumos necesarios. El centro de diálisis es el que coordina los servicios (ya sea para diálisis en el hogar o en el centro). Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Servicios educativos sobre la insuficiencia renal

Medicare puede pagar hasta 6 sesiones educativas si usted se encuentra en la Etapa IV de su enfermedad renal y su médico u otro profesional de la salud lo ordena. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Servicios de laboratorio

Incluidos ciertos análisis de sangre, análisis de orina, algunas evaluaciones y más. Por lo general, usted no paga por estos exámenes.



Exploración (examen) para cáncer de pulmón

Medicare cubre la exploración para cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT en inglés) una vez al año si usted cumple todas las condiciones siguientes:

- Tiene entre 55 y 77 años.
- Es fumador en la actualidad o ha dejado de fumar dentro de los últimos 15 años.
- Tiene un historial de fumador de al menos 30 “años paquete” (un promedio de un paquete por día durante 30 años).
- Tiene una orden por escrito de un médico o de un profesional no médico calificado.

Usted no paga por este servicio si el [médico de cabecera](#) u otro [profesional calificado de la salud](#) aceptan la [asignación](#).

Nota: Antes de realizar su primer examen para cáncer de pulmón, es necesario que haga una cita con el médico para analizar los riesgos y beneficios de este tipo de exploración. Usted y su médico pueden decidir si la exploración para cáncer de pulmón es adecuada para usted.



Terapia de nutrición

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Servicios para la salud mental (ambulatorios)

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

Por lo general, usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) y el [deducible](#) de la Parte B por:

- Visitas al psiquiatra u otro médico para el diagnóstico del problema o el control de la medicación.
- El tratamiento ambulatorio (por ejemplo terapia o consejería) de su condición.

Nota: La internación para servicios de psiquiatría está cubierta por la Parte A. Vea “Estadía en el hospital” (internación) en la página 40.



Evaluación y consejería sobre la obesidad

Si usted tiene un Índice de Masa Corporal (IMC) de 30 o más, Medicare cubrirá los servicios intensivos de asesoría para que baje de peso. Estos servicios están cubiertos si se los brinda su médico de cabecera (en el consultorio). Hable con su [médico de cabecera](#) o [proveedor de atención primaria](#) si desea más información. Usted no paga si su médico de cabecera acepta la [asignación](#).

Terapia ocupacional

Medicare cubre la evaluación y tratamiento para que pueda realizar las actividades diarias (como vestirse o bañarse) después de un tratamiento o accidente, cuando su médico u otro proveedor de la salud lo haya ordenado. Puede que Medicare tenga un límite para la cantidad que paga por estos servicios en un año y es posible que también haya excepciones. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Servicios ambulatorios del hospital

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

Servicios ambulatorios médicos, quirúrgicos e insumos

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

Terapia física

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.



Vacuna neumocócica

Esta vacuna previene la infección por neumocos (como cierto tipo de pulmonía). Casi todas las personas sólo la necesitan una vez en la vida. Medicare también cubre una segunda vacuna si se le administra un año (o después) de la primera vacuna. Hable con su médico u otro proveedor de la salud para averiguar si la necesita. Usted no paga si el médico u otro proveedor calificado que se la aplica acepta la [asignación](#).

Medicamentos recetados (limitados)

Medicare cubre un número limitado de medicamentos, como las inyecciones que le aplican en el consultorio médico, ciertos medicamentos orales para el cáncer y los que se usan con cierto equipo médico duradero (como nebulizadores o bombas de infusión externas), medicamentos inmunosupresores (vea la página 66); y en muy pocas circunstancias, algunos medicamentos que recibe como paciente ambulatorio en el hospital. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) por los medicamentos cubiertos y tiene que haber pagado el [deductible](#) de la Parte B.

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

Para otros ejemplos que no sean los mencionados anteriormente, usted paga el 100% de la mayoría de los medicamentos, a menos que tenga la Parte D u otra cobertura de medicamentos. Si desea más información, vea las páginas 105–118.



Examen de la próstata

Esta prueba ayuda a detectar el cáncer de próstata. Medicare paga por una evaluación dígito rectal y del Antígeno Prostático Específico (PSA en inglés) cada 12 meses para todos los beneficiarios de Medicare de más de 50 años (a partir del día en que cumple 50 años). El PSA es gratis si su médico acepta la asignación. Usted tiene que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por el examen dígito rectal y el deducible de la Parte B. Si se lo hacen en el departamento ambulatorio del hospital, le cobrarán un copago.

Prótesis y aparatos ortopédicos

Incluidos aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales (y sus repuestos); algunas prótesis de seno (después de una mastectomía); prótesis para reemplazar partes internas del cuerpo o sus funciones (incluidos los suministros de ostomía, y nutrición enteral y parenteral), ordenados por su médico o proveedor participante en Medicare.

Para que Medicare pague por ellos, usted debe usar un proveedor inscrito en Medicare. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

¡Importante!

El Programa de Oferta Competitiva del DMEPOS: Para recibir los servicios de terapia de nutrición enteral en ciertas zonas del país, usted debe usar un proveedor que tenga un contrato o Medicare no pagará y usted tendrá que pagarla de su bolsillo. Si desea más información, consulte la página 53.

Rehabilitación pulmonar

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Servicios médicos rurales

Medicare cubre muchos servicios médicos primarios ambulatorios y [servicios preventivos](#) brindados en las Clínicas de Salud Rurales (RHC). Generalmente, usted paga el 20% excepto por los servicios preventivos gratuitos y el [deductible](#) de la Parte B. Las RHC están ubicadas en zonas donde hay pocos servicios médicos.

Segunda opinión sobre una cirugía

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



Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual

Medicare cubre las evaluaciones para Infecciones de Transmisión Sexual (STI en inglés) como la clamidia, gonorrea, sífilis y/o hepatitis B. Estas evaluaciones están cubiertas para las personas con Medicare que están embarazadas y/o a ciertas personas de alto riesgo cuando las mismas sean ordenadas por su [médico de cabecera](#). Medicare cubre estas evaluaciones cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.

También cubre hasta 2 sesiones individuales de 20 a 30 minutos para la modificación de la conducta para los adultos sexualmente activos a riesgo de padecer de STI. Medicare sólo pagará por estas sesiones si son brindadas por su médico de cabecera en el consultorio o en una clínica de atención primaria. La consejería brindada a los pacientes internados por ejemplo en un centro de enfermería especializada, no será cubierta como un servicio preventivo.

Usted no paga por los servicios si su médico de cabecera u otro profesional de la salud calificado acepta la [asignación](#).

Vacunas

La Parte B cubre:

- La vacuna contra la gripe. Página 55.
- La vacuna contra la Hepatitis B. Página 56.
- La vacuna neumocócica. Página 61.

Nota sobre la vacuna contra el Herpes Zoster:

La vacuna contra el Herpes Zoster no está cubierta por la Parte A ni por la Parte B. Por lo general la Parte D cubre la vacuna disponible comercialmente, cuando sea necesaria para prevenir la enfermedad. Si desea más información comuníquese con su plan de recetas médicas.



Ayuda para dejar de usar cigarrillos y tabaco (consejería para dejar de fumar o usar productos de tabaco)

Medicare cubre hasta 8 sesiones personales de consejería en un período de 12 meses. Usted no paga por las sesiones para dejar de fumar si su médico o proveedor acepta la [asignación](#).

Servicios de patología del lenguaje/habla

Medicare cubre la evaluación y tratamiento brindado para recuperar y fortalecer las destrezas del habla y del lenguaje, incluidas las destrezas cognitivas y la habilidad para tragar, cuando sean ordenados por su médico o si otro proveedor de la salud certifica que usted los necesita. Hay ciertos límites para lo que Medicare paga anualmente por estos servicios y también hay excepciones a los límites. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) y el [deductible](#) de la Parte B.

Vendajes quirúrgicos

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

Telemedicina (Telesalud)

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

Exámenes (que no sean los análisis de laboratorio)

Medicare cubre los rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans), Electrocardiograma (EKG) y otros exámenes de diagnóstico. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deductible de la Parte B. Si le hacen estos exámenes como paciente ambulatorio en un hospital, usted paga una cantidad fija que puede ser más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare, pero no más que la cantidad del deductible de la Parte A para los servicios de internación.

Vea “Servicios de laboratorio” en la página 58 para averiguar acerca de los otros análisis cubiertos por la Parte B.

Trasplantes y medicamentos inmunosupresores

Medicare cubre los servicios médicos para trasplantes del corazón, pulmón, riñón, páncreas, hígado e intestino en ciertas circunstancias y sólo en un centro certificado por Medicare.

Los trasplantes de córnea y médula ósea sólo están cubiertos por Medicare si se cumplen ciertas condiciones.

Nota: La cirugía de trasplante puede estar cubierta como una estadía en el hospital bajo la Parte A. Vea la página 40 para más información.

Los medicamentos inmunosupresores están cubiertos si el trasplante fue pagado por Medicare o por un plan grupal de empleador o sindicato que debía pagar antes que Medicare. Usted debía ser elegible para la Parte A cuando se hizo el trasplante y debe tener la Parte B cuando recibe los medicamentos inmunosupresores. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) y el [deductible](#) de la Parte B.

Si está pensando en inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) y está en lista de espera para recibir un trasplante o cree que necesita un trasplante, hable con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos y el hospital estén en la red del plan. Además debe averiguar sobre la autorización previa en las normas de cobertura del plan.

Nota: Los planes de recetas médicas de Medicare (Parte D) pueden cubrir los medicamentos inmunosupresores, si el Medicare Original no los cubre.

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

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

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

Medicare puede cubrir el transporte en ambulancia si fuese [necesario por razones médicas](#) a un hospital extranjero solamente si lo admiten al hospital para que reciba atención médica. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) y el [deductible](#) de la Parte B.

Atención (cuidado) urgente

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



“Bienvenido a Medicare” visita médica preventiva

Durante los 12 primeros meses en los que tenga la Parte B, usted puede acudir a la visita médica preventiva conocida como “Bienvenido a Medicare”. Esta visita incluye una revisión de su historial médico y social relacionada con su salud, educación para mantenerse sano y consejería sobre los **servicios preventivos**, incluyendo evaluaciones, vacunas y **referidos** para otros cuidados si es necesario. Cuando haga la cita, dígales que la quiere para el examen “Bienvenido a Medicare”. Usted no paga por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” si su médico o proveedor de la salud acepta la **asignación**.

Si el médico o proveedor le hace otro examen o le brinda otro servicio durante la misma visita y los mismos no son considerados como servicios preventivos, tendrá que pagar un **coseguro** y el **deducible** de la Parte B.



Examen anual de “Bienestar”

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

Su proveedor le pedirá que llene un cuestionario breve conocido como “Evaluación de Riesgo para la Salud” durante la visita. Sus respuestas contribuirán a crear un plan de prevención que lo ayude a mantenerse sano y beneficiarse al máximo con este examen. Las preguntas se basan en años de investigación médica y en los consejos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC en inglés).

Cuando haga la cita, dígales que la quiere para la visita anual de “Bienestar”.

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

Usted no paga por el examen anual de “Bienestar” si su médico o proveedor de la salud acepta la [asignación](#).

Si el médico o proveedor le hace otro examen o le brinda otro servicio durante la misma visita y los mismos no son considerados como servicios preventivos, tendrá que pagar un [coseguro](#) y el [deductible](#) de la Parte B.

¿Quiere manejar sus servicios preventivos?

Consulte con su médico o profesional de la salud para ver si necesita alguno de los servicios enumerados en esta página. Puede utilizar este gráfico para darle seguimiento a los servicios que ha tenido y los que pueda necesitar. También puede usar el botón azul de Medicare. Para más información sobre el botón azul, consulte la página 144.

Página	Servicios preventivos cubiertos por Medicare	Los necesito sí/no
68	“Bienvenido a Medicare” visita médica preventiva (sólo una vez)	
68	Examen Anual de Bienestar	
43	Evaluación de Aneurisma Abdominal Aórtico	
43	Consejería para el abuso del alcohol	
45	Medición de masa ósea/densitometría	
45	Mamografía	
46	Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)	
46	Evaluación cardiovascular	
47	Evaluación para la detección del cáncer del cuello del útero y de la vagina	

Página	Servicios preventivos cubiertos por Medicare	Los necesito sí/no
48	Evaluación de cáncer colorrectal	
	Prueba de ADN en heces con múltiples objetivos	
	Prueba de sangre oculta en la materia fecal	
	Sigmoidoscopía flexible	
	Colonoscopía	
	Enema de bario	
51	Evaluación de depresión	
51	Evaluación para la detección de diabetes	
51	Entrenamiento para autocontrol de la diabetes	
55	Vacuna contra la gripe	
55	Examen de glaucoma	
56	Vacuna contra la Hepatitis B	
56	Prueba de detección de hepatitis C	
56	Examen del VIH	
58	Exploración para cáncer de pulmón	
58	Servicios de nutrición	
59	Evaluación y consejería sobre la obesidad	
61	Vacuna neumocócica	
62	Examen de la próstata	
63	Evaluación y consejería sobre las infecciones de transmisión sexual	
64	Ayuda para dejar de fumar (consejería para los que no tienen una enfermedad relacionada con el tabaco)	

Lo que NO cubren las Partes A y B

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

- Tenga otro seguro (incluido Medicaid) que cubra estos gastos.
- Esté inscrito en un [plan de salud de Medicare](#) que cubre dichos servicios.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

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

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

- ✗ El cuidado dental.
- ✗ El examen de la vista para recetarle anteojos.
- ✗ Las dentaduras.
- ✗ La cirugía estética.
- ✗ Acupuntura.
- ✗ Los audífonos y los exámenes para colocarlos.
- ✗ El [cuidado a largo plazo](#) (conocido como [cuidado de compañía](#)).

Vea la página siguiente para obtener más información sobre cómo puede pagar por el cuidado a largo plazo.

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



Si tiene preguntas o quejas sobre la calidad de un servicio cubierto por Medicare, llame a la [Organización para Mejoras de la Calidad](#) (BFCC-QIO en inglés) para el Cuidado Centralizado de Beneficiarios y la Familia. Para obtener el número de teléfono visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.

El pago del cuidado a largo plazo

El **cuidado a largo plazo** incluye la atención que no es médica para las personas con una enfermedad crónica o incapacidades. Los servicios incluyen la ayuda del personal no especializado para las tareas cotidianas como vestirse, bañarse o usar el baño. **Medicare y la mayoría de los seguros, entre ellos las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) no cubren este tipo de ayuda, conocido como “cuidado de compañía”.** El cuidado a largo plazo puede brindarse en su casa, en la comunidad, en una residencia de vida asistida o en un geriátrico. Es importante que empiece a planificar su cuidado a largo plazo ahora, para que en el futuro, pueda mantener su independencia, obtener los servicios que necesita en el lugar que desea.

Algunas maneras de pagar su cuidado a largo plazo:

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



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

Su empleador antiguo o actual o sindicato podrían ofrecerle un seguro de cuidado a largo plazo. Los empleados federales en actividad y jubilados, los miembros activos o retirados de las Fuerzas Armadas y sus dependientes pueden solicitar la cobertura del Programa Federal de Seguro de Cuidado a Largo Plazo. Si tiene preguntas, visite opm.gov/insure/ltc o llame al Programa Federal de Seguro de Cuidado a Largo Plazo al 1-800-582-3337. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-843-3557.

Recursos personales—Usted puede usar sus ahorros para pagar por el [cuidado a largo plazo](#). Tenga en cuenta que a largo plazo el cuidado puede ser muy costoso. Es importante conocer los riesgos financieros antes de decidirse a tratar de ahorrar suficiente dinero por su propia cuenta. Usted debe discutir su situación con su familia y un profesional financiero.

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

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

Si ya es elegible para Medicaid, usted o los miembros de su familia podrían obtener la ayuda disponible para pagar por los servicios que le permitan permanecer en su hogar en vez de vivir en un asilo para ancianos. Por ejemplo, ayuda para las tareas del hogar, el cuidado personal y el cuidado de relevo. Si desea más información, comuníquese con la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener el número de teléfono, o visite Medicare.gov/contacts. Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-486-2048. Para más información sobre Medicaid consulte las páginas 124–125.

Beneficios para veteranos—El Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) podría brindar cuidado a largo plazo para ciertos veteranos elegibles con incapacidades relacionadas con el servicio. VA también tiene un Programa para los confinados al hogar y el de Ayuda en efectivo para los veteranos elegibles y sus cónyuges, en vez de los servicios de ayudante para el hogar, asistencia con las actividades personales y otros servicios de ayuda para el hogar. Si desea información, llame a VA al 1-800-827-1000 o visite va.gov. Los usuarios de [TTY](#) deberán llamar al 1-800-829-4833.

PACE (Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos)—PACE es un programa de Medicare y Medicaid que ofrece servicios para que las personas que de otro modo necesitarían el nivel de cuidado brindado en un asilo para ancianos, permanezcan en sus comunidades. Vea la página 97 si desea más información.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

¿Cuál es la función del Intermediario del cuidado a largo plazo?

Los residentes de las dependencias de **cuidado a largo plazo** (como geriátricos, residencias de vida asistida, residencias de alojamiento y centros de la comunidad) también tienen un intermediario.



La función del intermediario es ayudarle a encontrar una residencia, servicios de calidad y cómo presentar una queja.

El intermediario del cuidado a largo plazo está subvencionado por la Ley para Estadounidenses de la Tercera Edad y a la disposición de cualquier residente de un centro de cuidado a largo plazo. Si desea más información visite ltcombdusman.org. También puede llamar al Localizador Eldercare al 1-800-677-1116 para obtener el número del intermediario local.

Recursos para el cuidado a largo plazo

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

- Visite longtermcare.gov para averiguar sobre la planificación del cuidado a largo plazo.
- Visite Medicare.gov/nhcompare o Medicare.gov/homehealthcompare para comparar las agencias de cuidado de la salud en el hogar y los asilos para ancianos (residencia geriátricas).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al Departamento Estatal de Seguro para obtener información sobre el seguro de cuidado a largo plazo. Visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en la página 149.
- Llame a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros al 1-866-470-6242 para obtener una copia de “Una Guía para los Compradores de Seguros de Cuidado a Largo Plazo”.
- Visite el Localizador Eldercare de la Administración para Envejecimiento en eldercare.gov para buscar el Centro de Recursos para Incapacitados y Ancianos local (ADRC). También puede llamar al 1-800-677-1116. El ADRC ofrece una gama amplia de servicio para el cuidado a largo plazo y de apoyo en un programa coordinado.

Sección 4—

¿Qué es el Medicare Original?

¿Cómo funciona el Medicare Original?



El plan Medicare Original es una de las opciones de cobertura de Medicare. A menos que escoja un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), usted estará cubierto por el Medicare Original.

La cobertura del Medicare Original está gestionada por el gobierno federal. Por lo general, usted paga una parte de cada servicio. En la página siguiente les explicaremos las normas de funcionamiento.

	Medicare Original
¿Puedo atenderme con cualquier médico, proveedor u hospital?	En la mayoría de los casos sí. Usted puede escoger cualquier médico, hospital, proveedor o clínica que participe en Medicare y que acepte nuevos pacientes con Medicare.
¿Cubre las recetas médicas?	Con unas pocas excepciones (vea las páginas 40, 61, y 66), la mayoría de los medicamentos no están cubiertos. Usted puede agregar esta cobertura inscribiéndose en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D). Vea las páginas 105–118.
¿Debo escoger un médico de cabecera?	No.
¿Necesito un referido para consultar un especialista?	En la mayoría de los casos no, pero el proveedor tiene que estar inscrito en Medicare.
¿Necesito una póliza suplementaria?	Es posible que usted ya tenga un seguro de su empleador o sindicato que pague por lo que el Medicare Original no cubre. Si no es su caso, tal vez le convenga comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare). Vea las páginas 99–104.
¿Qué más debo saber acerca del Medicare Original?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Usted generalmente paga una cantidad fija por sus servicios de salud (deducible) antes de que Medicare pague su parte. Luego, Medicare paga la parte que le corresponde y usted paga la suya (el coseguro/copago) por los servicios y suministros cubiertos. No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo. ■ Generalmente paga la prima mensual de la Parte B. Vea las páginas 123–124 para obtener información sobre los programas que pueden ayudarle con la prima de la Parte B. ■ Por lo general, usted no envía sus reclamaciones a Medicare. Los proveedores (médicos, hospitales, SNF y agencia de cuidado de la salud en el hogar) tienen por ley que presentar las reclamaciones a Medicare por los servicios y suministros que usted recibe.

¿Cuánto me corresponde pagar?

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

- Si tiene las Partes A y/o B de Medicare. La mayoría de los beneficiarios tiene las dos.
- Si su médico o proveedor acepta la “[asignación](#)”.
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si recibe servicios o suministros que Medicare no cubre, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios a menos que tenga otro seguro.
- Si su otro seguro trabaja con Medicare.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda estatal para pagar por los costos de Medicare.
- Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare).
- Si usted y su médico u otro proveedor de la salud firman un contrato privado. Vea la página 80.

Si desea información sobre cómo funciona su otro seguro con Medicare, consulte las páginas 29–31. Si quiere información sobre la ayuda disponible para pagar por lo que el Medicare Original no cubre, consulte la página 123–124.

¿Cómo puedo saber cuánto paga Medicare?

Si está inscrito en el Medicare Original, recibirá por correo un Resumen de Medicare (MSN en inglés) cada 3 meses, con un detalle de los servicios facturados a Medicare. Lo que usted debe pagarle al proveedor y lo que pagó Medicare. EL MSN no es una factura. Cuando reciba un MSN:

- Si tiene otro seguro, debe fijarse si cubre algo de lo que Medicare no cubre.
- Guarde sus recibos y facturas y compárelas con el detalle del MSN para asegurarse de haber recibido los servicios, suministros y equipo mencionados en el MSN. Vea las páginas 127–140 para obtener información sobre el fraude a Medicare.
- Si pagó la factura antes de recibir el MSN, compárela con la factura para asegurarse de haber pagado la cantidad correcta por los servicios que recibió.
- Si un artículo o servicio le fue denegado, llame a su médico para asegurarse de que hayan presentado la reclamación correctamente. Si estaba incorrecta, pídale que envíen la reclamación nuevamente.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Si no está de acuerdo con alguna decisión, puede apelar. Vea las páginas 128–129.

Si necesita comunicar un cambio de domicilio, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-325-0778. Si usted recibe los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), llámelos al 1-877-772-5772. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-312-751-4701.

¡Importante!

Controle su MSN en MiMedicare.gov

Usted ahora no tiene que esperar a que le llegue el MSN para ver sus reclamaciones o hacer una apelación. En el sitio MiMedicare.gov podrá hacer un seguimiento de sus reclamaciones o ver su MSN electrónicamente. Sus reclamaciones generalmente estarán disponibles 24 horas después de que se las haya procesado. También puede descargar su información usando el botón azul de Medicare. Vea la página 144.

¡NUEVO!

Obtenga su Resumen de Medicare electrónicamente cada mes

Obtenga su Resumen de Medicare electrónicamente (también llamado el “eMSN”). Comenzando el otoño de 2015, puede inscribirse llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si se inscribe en el eMSN, le enviaremos un correo electrónico mensualmente informándole que su eMSN está disponible en su cuenta de MiMedicare.gov. El eMSN tiene toda la información que contiene el MSN de papel. Usted no recibirá copias de su MSN impreso si elige eMSN.

¿Qué es la asignación?

La **asignación** significa que su médico o proveedor acepta (o debe aceptar por ley) la **cantidad aprobada por Medicare** como pago total por los servicios brindados.

Asegúrese de que su médico o proveedor acepte la asignación

La mayoría de los médicos y proveedores aceptan la asignación. Sin embargo, usted debe asegurarse de que lo hagan. Los proveedores participantes han firmado un acuerdo para aceptar la asignación como pago por los servicios cubiertos por Medicare.

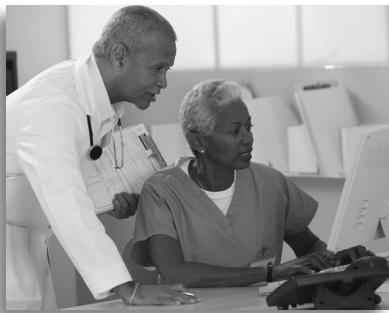
¡Importante!

Para averiguar si un médico o proveedor acepta la asignación o participa en Medicare, vaya a Medicare.gov/physician o Medicare.gov/supplier. También puede llamar al 1-800-MEDICARE o preguntarle a su médico o proveedor si acepta la asignación.

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

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

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



Los proveedores que no participan no han firmado un acuerdo para aceptar la asignación para todos los servicios cubiertos por Medicare, pero sin embargo, puede aceptar la asignación para algún servicio. A estos proveedores se les conoce como proveedores “no participantes”. Si su proveedor de la salud no acepta la asignación:

- **Tal vez usted tenga que pagar por el servicio cuando lo reciba.** Su médico o proveedor deben enviar la reclamación a Medicare por cada servicio que le brindan y no pueden cobrarle por hacerlo. Si no presentan la reclamación después de que usted lo haya pedido, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.
Nota: Tal vez usted tenga que enviar la factura a Medicare usando el Formulario CMS-1490S para que le reembolsen el pago. Visite Medicare.gov/medicareonlineforms para obtener el formulario y las instrucciones o llame al 1-800-MEDICARE.
- **También pueden cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare, hasta un cierto límite conocido como “cargo limitante” o “cargo límite”.** El “cargo limitante” sólo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a los suministros ni al equipo médico duradero. Para averiguar si le han cobrado la cantidad correcta, llame al 1-800-MEDICARE.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

¿Qué es un contrato privado?

Un “contrato privado” es un acuerdo por escrito entre usted y su médico u otro proveedor de la salud que haya decidido **no** ofrecer sus servicios a través del programa Medicare. El contrato privado es válido solamente para los servicios del médico o proveedor que le pidió que firme el contrato.

Las normas que rigen los contratos privados

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

- **Medicare no pagará ningún servicio que reciba de ese médico o proveedor, aun si el servicio está cubierto por Medicare.**
- Usted tendrá que pagar lo que el médico o proveedor le cobre por el servicio recibido.
- Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) no pagará por dicho servicio. Si tiene preguntas, llame a su compañía de seguro Medigap antes de recibir el servicio.
- Su proveedor de la salud debe decirle si Medicare pagaría por dicho servicio si lo recibiera de otro médico que participe en Medicare.
- Su médico debe decirle si fue excluido del programa Medicare.
- Usted siempre puede obtener los servicios que Medicare no cubre y pagarlos de su bolsillo.

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

Tal vez le convenga comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para conseguir asesoría sobre la firma de un contrato privado con cualquier médico u otro proveedor de la salud. Encontrará el número de teléfono en la página 149.

¿Puedo añadir la cobertura de las recetas médicas (Parte D) al Medicare Original?

En el Medicare Original, **si usted no tiene una cobertura válida de medicamentos** (por ejemplo de su empleador actual o pasado o sindicato) y desea obtenerla, debe inscribirse en un Plan Medicare

de Medicamentos Recetados. Estos planes son ofrecidos por compañías privadas que tienen un contrato con Medicare. Si no tiene una cobertura válida de medicamentos actualmente, le conviene inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados en cuanto sea elegible. **Si en vez de inscribirse en cuanto es elegible decide hacerlo más tarde, tal vez tenga que pagar la multa por inscripción tardía.** Si desea más información, consulte las páginas 112–113.

Si tiene una cobertura válida de medicamentos de un empleador o sindicato, llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato antes de hacer cualquier cambio a su cobertura. Su empleador o sindicato le informará cada año si su cobertura de medicamentos es válida.

Si cancela el seguro médico de su empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarlo. Tenga en cuenta que si cancela su plan de **medicamentos** también tendrá que cancelar su cobertura **de salud** (médico y hospital). Además, si lo hace, es posible que también deba cancelar la de su cónyuge y dependientes.



La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Notas

Sección 5—

Los planes Medicare Advantage (Parte C) y otros planes de salud de Medicare

¿Qué son los Planes Medicare Advantage (Parte C)?

Un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) es otra manera de recibir los beneficios de Medicare. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage sigue estando en el programa Medicare. El plan, en vez del Medicare Original, le brindará todos los servicios cubiertos por la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). A los planes Medicare Advantage a veces se les conoce como la “Parte C” o “Planes MA”. Estos planes son ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare.

Los Planes Medicare Advantage cubren todos los servicios de Medicare

Todos los tipos de planes le dan cobertura durante las emergencias o necesidad de atención urgente. Los Planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios que cubre el Medicare Original excepto el cuidado de hospicio y la atención durante un ensayo clínico aprobado. El Medicare Original cubre el cuidado de hospicio y algunos costos de los ensayos clínicos aun si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Los Planes Medicare Advantage pueden ofrecerle cobertura adicional como servicios de la vista, oídos, dentales y los programas de salud y bienestar. La mayoría de los planes incluyen la cobertura de las recetas médicas (Parte D). Además de la prima de la Parte B, usted tendrá que pagar la prima mensual del plan MA.

Los Planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare

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

¡Importante!

Lea los documentos que le envía su plan

Si está inscrito en un plan de salud de Medicare, fíjese en los documentos que le envía el plan cada otoño, la Evidencia de Cobertura (EOC en inglés) y el Aviso Anual de Cambio (ANOC en inglés). El EOC le proporciona detalles sobre la cobertura del plan, lo que usted tiene que pagar y más. El ANOC incluye los cambios hechos a la cobertura, precios y [área de servicio](#) que entrarán en vigencia en enero. Si no ha recibido estos documentos, llame a su plan.

Hay varios tipos de Planes Medicare Advantage

- **Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO).** En la mayoría de ellos usted sólo puede atenderse con proveedores de la salud y en hospitales de la red del plan, excepto en caso de emergencia. Tal vez necesite un referido de su [médico de cabecera](#) para ver un especialista. Vea la página 90.
- **Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO).** En los PPO usted paga menos si se atiende con los médicos y en hospitales de la red del plan y le cobran más si se atiende con proveedores que no están en red. Vea la página 91.
- **Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS).** Estos planes son similares al Medicare Original porque usted puede atenderse con cualquier médico u hospital que acepte tratarlo. El plan determina la cantidad que le paga al médico, proveedores y hospitales y cuánto le corresponde pagar a usted. Vea la página 92.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

- **Planes para Necesidades Especiales (SNP).** Son planes que brindan atención médica centralizada y especializada para un grupo específico de personas como por ejemplo aquellos que tienen Medicare y Medicaid, los que viven en un asilo para ancianos (geriátrico) o que padecen de ciertas condiciones crónicas. Vea la página 93.
- **Planes HMO con Opción de Punto de Servicio (HMOPoS).** Un plan HMO que podría permitirle recibir servicios fuera de la red pagando un **copago** o **coseguro** más caro.
- **Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA).** Un plan que combina un plan de **deducible** alto con una cuenta bancaria. Medicare deposita dinero en la cuenta (generalmente menos que la cantidad del deducible) y usted lo usa para pagar por los servicios médicos que recibe durante el año. Si desea más información sobre los planes MSA, visite Medicare.gov/publications para ver la publicación “Su Guía sobre los Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si pueden enviarle una copia. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

¡Importante!

Antes de inscribirse, asegúrese de que comprende cómo trabaja el plan. Si desea más información sobre los tipos de Planes Medicare Advantage, consulte las páginas 90–93. También puede llamar a cualquiera de los planes y solicitar el Resumen de Beneficios (SB en inglés). Si necesita ayuda para comparar los planes, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en la página 149.

Más sobre los Planes Medicare Advantage

- Usted tiene los derechos y protecciones de Medicare, incluido el derecho de apelar. Vea las páginas 128–129.
- Antes de recibir un servicio, usted puede hablar con su plan para averiguar si el servicio está cubierto y cuánto tendrá que pagar.
- Usted debe cumplir las normas del plan. Es importante que hable con su plan para conocer cuáles son sus derechos y responsabilidades.
- Si se atiende con un médico o proveedor o en una clínica que no pertenece a la red del plan, tal vez los servicios no estén cubiertos o le cuesten más caros. En la mayoría de los casos esto se aplica a los planes Medicare Advantage (HMO o PPO).

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

- Los proveedores pueden participar o retirarse de la red del plan en cualquier momento del año. Y los planes pueden cambiar a los proveedores de la red durante el año, en cuyo caso usted tendrá que escoger otro proveedor.
- Si participa en un estudio clínico, algunos costos estarán cubiertos por el plan Medicare Original y otros por su plan MA.
- Los Planes Medicare Advantage no pueden cobrarle más que el Medicare Original por ciertos servicios como la quimioterapia, diálisis y el cuidado en un [centro de enfermería especializada](#).
- Los Planes Medicare Advantage tienen un límite anual para lo que usted paga por los servicios cubiertos por las Partes A y B durante el año. Este máximo anual de gastos de su bolsillo puede variar entre los Planes Medicare Advantage y puede cambiar cada año. Cuando esté escogiendo un plan tenga en cuenta este factor.

La inscripción y cancelación

- Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage aun si tiene un problema de salud preexistente, excepto si padece de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD). Vea la página 88.
- **Usted sólo puede inscribirse o retirarse de un plan durante ciertos períodos del año.** Vea las páginas 94–95.
- Cada año los planes MA pueden abandonar al programa Medicare o cambiar los servicios que cubren y lo que le cobran. Si el plan deja de participar en el programa Medicare, tendrá que inscribirse en otro [plan de salud de Medicare](#) o regresar al Medicare Original. Vea la página 128.
- Cuando los planes le estén proporcionando información para que se inscriba, deben cumplir ciertas normas. Vea la página 138 para averiguar sobre estas normas y para proteger su información personal.

La cobertura de las recetas médicas



Generalmente, usted obtendrá la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) a través del plan MA. Algunos planes no ofrecen la cobertura de medicamentos en cuyo caso, usted podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage que incluye la cobertura de las recetas médicas y se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, se le dará de baja del Plan Medicare Advantage y regresará al Medicare Original.

¿Quién puede inscribirse?

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

- Tiene la Parte A y B de Medicare.
- Vive en el [área de servicio](#) del plan.
- No padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD), excepto en las situaciones explicadas en la página 88.
- Es un ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

Si tiene otra cobertura

Hable con su administrador de beneficios, empleador o sindicato sobre las normas que se aplican, antes de inscribirse en un Plan Medicare Advantage. En algunos casos, si tiene la cobertura de un empleador o sindicato y se inscribe en un Plan Medicare Advantage puede que pierda dicha cobertura. Recuerde que si esto ocurre, también su cónyuge y dependientes pueden perder la cobertura. En otros casos, si se inscribe en un Plan Medicare Advantage y tiene cobertura de un empleador o sindicato puede seguir usando esta cobertura junto con la de su plan. **Recuerde, si cancela su cobertura de empleador o sindicato tal vez no pueda recuperarla.**

Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)

Usted no necesita (ni le pueden vender) un seguro suplementario a Medicare mientras esté inscrito en un Plan Medicare Advantage.

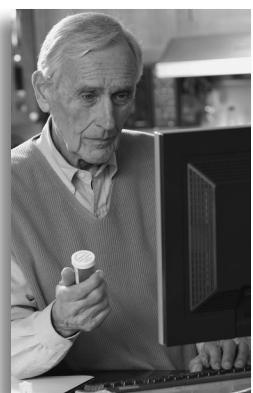
Si tiene una póliza Medigap y se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) tal vez le convenga cancelar su póliza Medigap. Usted no podrá usarla para pagar por cualquier gasto del Plan Medicare Advantage (**copagos, deducibles, primas**). **Si cancela su póliza Medigap, en la mayoría de los casos no podrá recuperarla.** Vea la página 102.

**¿Qué pasa si padezco de Enfermedad Renal Terminal (ESRD)?**

Si padece de Enfermedad Renal Terminal, sólo podrá inscribirse en un Plan Medicare Advantage en estas circunstancias:

- Si ya estaba inscrito en un Plan Medicare Advantage cuando le diagnostican ESRD, puede quedarse con el plan o en ciertos casos, podrá inscribirse en otro plan ofrecido por la misma compañía.
- Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage y el plan se retira de Medicare o ya no presta servicios en su zona, tiene una única oportunidad para inscribirse en otro plan.
- Si está inscrito en un plan de salud grupal de un empleador o sindicato o en otro seguro médico ofrecido por la misma compañía que ofrece los Planes Medicare Advantage, podrá inscribirse en un Plan Medicare Advantage ofrecido por dicha compañía.
- Si le han hecho un trasplante de riñón exitoso, tal vez pueda inscribirse en un Plan Medicare Advantage.
- Si padece de ESRD, podrá inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales (SNP) para los beneficiarios con ESRD si hubiese uno disponible en su zona.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.



Para más información visite Medicare.gov/publications y consulte la publicación “La Cobertura Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si pueden enviarle una copia. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

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

¿Cuánto cuestan?

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

- Si el plan le cobra una **prima** mensual.
- Si el plan paga alguna parte de la prima mensual de la Parte B.
- Si el plan cobra un **deductible** anual o cualquier deductible adicional.
- Cuánto le corresponde pagar a usted por cada visita o servicio (**copago** o **coseguro**).
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si se atiende con un médico o proveedor que acepta la **asignación** (si usted está inscrito en un PPO, PFFS, o MSA y usa los servicios fuera de la red del plan). Vea las páginas 78–79 si desea más información sobre la asignación.
- Si cumple las normas del plan, por ejemplo si usa proveedores de la red del plan.
- Si necesita cobertura adicional y cuánto cobra el plan por dicha cobertura.
- Si el plan tiene un límite anual para el gasto directo de su bolsillo para todos los servicios médicos. Una vez que haya llegado al límite, ya no tendrá que pagar por los servicios cubiertos.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado.

Para obtener más información sobre los costos de un Plan Medicare Advantage específico, visite Medicare.gov/find-a-plan.



Los tipos de planes Medicare Advantage

Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?

No. Por lo general debe recibirlos de médicos y hospitales de la red del plan (excepto en emergencias, atención urgente o diálisis si usted está fuera del área). En algunos planes, tal vez pueda obtener ciertos servicios fuera de la red por un costo más elevado. Se le conoce como HMO con opción de punto-de-servicio (POS).

¿Cubre los medicamentos recetados?

En la mayoría de los casos los cubre. Pregúntele al plan. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un HMO que la ofrezca.

¿Debo escoger un médico de cabecera?

En la mayoría de los casos debe hacerlo. Consulte con su plan para más información.

¿Necesito un [referido](#) de mi médico para consultar un especialista?

Sí, en la mayoría de los casos. Ciertos servicios como las mamografías anuales no lo necesitan. Pregúntele al plan.

¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?

- Si su médico abandona el plan, se le notificará y usted podrá escoger otro médico del plan.
- Si recibe servicios fuera de la red del plan, tendrá que pagar el total del servicio.
- Es importante que cumpla las normas del plan, como obtener una aprobación previa cuando se la requieran.



Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?

En la mayoría de los casos, sí. Los PPO tienen una red de médicos y hospitales pero usted también puede atenderse con proveedores que no pertenecen a la red, generalmente pagando un poco más. Consulte con su plan para más información.

¿Cubre los medicamentos recetados?

En la mayoría de los casos los cubre. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un PPO que la ofrezca. Consulte con su plan para más información.

¿Debo escoger un médico de cabecera?

No.

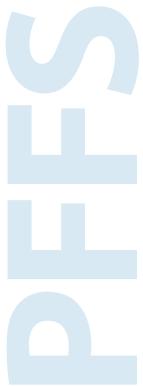
¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?

En la mayoría de los casos no. Consulte con su plan para más información.

¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?

- Los planes PPO son distintos de las pólizas Medicare o del Medicare Original.
- Los PPO por lo general ofrecen más beneficios de los que ofrece el Medicare Original por un costo adicional.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.



Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS en inglés)

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?

Usted puede atenderse con cualquier médico o en cualquier hospital que acepte tratarlo y acepte el pago del plan. No todos los proveedores lo harán. No todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red de proveedores, puede atenderse con un proveedor que no pertenezca a la red y que acepte tratar a los miembros del plan, pero tendrá que pagar más. Consulte con su plan para más información.

¿Cubre los medicamentos recetados?

A veces. Si el PFFS no ofrece esta cobertura tendrá que inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D). Pregúntele al plan.

¿Debo escoger un médico de cabecera?

No.

¿Necesito un **referido** de mi médico para consultar un especialista?

No.

¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?

- Los planes PFFS no son lo mismo que el Medicare Original o una póliza Medigap.
- El plan decide cuánto le corresponde pagar por los servicios.
- Algunos PFFS tienen un contrato con proveedores de la red que aceptan tratarlo siempre, inclusive si no lo han visto antes.
- Si se inscribe en un PFFS que tiene una red de proveedores, tendrá que pagar más si se atiende con un proveedor fuera de la red.
- Los médicos, hospitales y proveedores que no pertenecen a la red, pueden decidir en cada caso, si lo tratan o no, aun si usted ya era paciente de ellos.
- Antes de atenderse, asegúrese de buscar un médico, hospital y otros proveedores que acepten atenderlo y que acepten los términos de pago del plan PFFS.
- En una emergencia, los proveedores y hospitales deben atenderlo.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.



Planes para Necesidades Especiales (SNP en inglés)

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?

Por lo general debe atenderse con médicos y en hospitales de la red del plan (excepto en caso de emergencia, de atención urgente fuera del país o de diálisis fuera del área). Pregúntele al plan.

¿Cubre los medicamentos recetados?

Sí. Todos los SNP deben ofrecer la cobertura de recetas médicas (Parte D).

¿Debo escoger un médico de cabecera?

Por lo general, sí. Consulte con su plan para más información.

¿Necesito un **referido** de mi médico para consultar un especialista?

Sí, en la mayoría de los casos. Pero no lo necesita para servicios como las mamografías anuales. Pregúntele al plan.

¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?

- Los SNP limitan a sus miembros a: 1) personas que viven en ciertas **instituciones** (como asilos de ancianos) o requieren ese tipo de cuidado en sus hogares, 2) son elegibles para Medicare y Medicaid, o 3) padecen de uno o más problemas de salud crónicos o que los incapaciten (como diabetes, insuficiencia cardiaca, demencia o VIH/SIDA). Los planes pueden limitar aún más a los miembros que aceptan.
- Los planes deben coordinar los servicios y proveedores que usted necesita para mantenerse sano y para seguir las indicaciones de su médico.
- Si desea más información sobre los SNP, visite Medicare.gov/publications y consulte la publicación titulada “Su Guía sobre los Planes Medicare para Necesidades Especiales”.
- Visite Medicare.gov/find-a-plan para ver los planes disponibles en su área.

¿Cuándo puedo inscribirme, cambiarme o cancelar un Plan Medicare Advantage?

- Cuando sea elegible para Medicare por primera vez, puede inscribirse durante el Período Inicial de Inscripción. Vea la página 25.
- Si tiene la Parte A y obtiene la Parte B por primera vez durante el Período General de Inscripción, también puede inscribirse en un plan MA. Vea la página 25.
- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, cualquier persona con Medicare puede inscribirse, cancelar o cambiarse de plan MA. Su cobertura entrará en vigencia el 1 de enero, siempre y cuando el plan reciba la solicitud para el 7 de diciembre.

¿Puedo cambiar mi cobertura después del 7 de diciembre?

Entre el 1 de enero y el 14 de febrero, usted puede cancelar o cambiar su Plan Medicare Advantage y regresar al Medicare Original.

Si regresa al Medicare Original durante este período, tendrá hasta el 14 de febrero para inscribirse también en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para agregar dicha cobertura. La cobertura comenzará el primer día del mes en que el plan reciba su solicitud. Durante este período, usted **no** puede:

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

Períodos Especiales de Inscripción

En la mayoría de los casos, usted debe permanecer inscrito por todo el año a partir del momento en que comienza su cobertura. Sin embargo, en ciertas situaciones podrá inscribirse, cambiar o cancelar su Plan Medicare Advantage durante un Período Especial de Inscripción. Comuníquese con su plan:

- Si se muda fuera del [área de servicio](#) del plan.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir [Ayuda Adicional](#). Vea las páginas 123–126.
- Si vive en un [centro](#) (como un asilo para ancianos).

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Período Especial de Inscripción en un plan de 5 estrellas

Entre el 8 de diciembre de 2015 y el 30 de noviembre de 2016, usted puede cambiarse a un plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare de Costo (vea la página 96) **con una calificación general de 5 estrellas**. Sólo puede usar este Período Especial de Inscripción una vez durante este período de tiempo. La calificación general para cada plan está disponible en Medicare.gov/find-a-plan.

¡Importante!

Usted podría perder su cobertura de recetas médicas si se cambia de un plan MA que la ofrece a otro plan MA o Plan de Costo de 5 estrellas que no ofrece dicha cobertura. En ese caso tendrá que esperar hasta el próximo Período de Inscripción Abierta para obtener la cobertura de los medicamentos recetados y tal vez tenga que pagar la multa por inscripción tardía. Vea las páginas 112–113.

¿Cómo puedo cambiar de plan?

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

- **Para cambiarse a un Plan Medicare Advantage nuevo,** simplemente inscríbase en el plan que ha escogido durante los períodos de inscripción mencionados en las páginas 94–95. Cuando comience la cobertura del nuevo plan, le darán de baja automáticamente de su viejo plan.
- **Para cambiarse al Medicare Original,** comuníquese con su plan actual o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048. A menos que tenga otra cobertura de medicamentos, también tendrá que decidir si quiere la cobertura de los medicamentos recetados (Parte D) y si quiere comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) si es elegible. Vea la página 102 para más información sobre la compra de una póliza Medigap.

Si desea más información sobre la inscripción, cambio o cancelación de los planes, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

¿Hay otro tipo de planes de salud de Medicare?

Algunos [planes de salud de Medicare](#) que le brindan cobertura médica no son planes Medicare Advantage pero siguen siendo parte del programa Medicare. Varios planes ofrecen la cobertura de las Partes A (seguro de hospital) y B (seguro médico), otros solamente la Parte B y algunos también la Parte D (cobertura Medicare de recetas médicas). Estos planes funcionan de un modo similar y con algunas de las mismas normas que los Planes Medicare Advantage. Sin embargo, cada tipo de plan tiene sus normas especiales y excepciones. Si desea obtener información detallada, debe comunicarse con el plan que le interesa.

Planes Medicare de Costo

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

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

Nota: Usted puede agregar o cancelar su cobertura de medicamentos recetados solamente en ciertos momentos. Vea las páginas 106–108.

Para más información sobre los Planes Medicare de Costo, visite el Localizador de planes Medicare en Medicare.gov/find-a-plan o llamar a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Vea la página 149 para obtener el número de teléfono.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)

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

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

PACE cubre los medicamentos recetados, las visitas médicas, el transporte, cuidado en el hogar, controles, visitas al hospital y estadías en un asilo para ancianos cuando fuese necesario.

Si tiene Medicaid no tendrá que pagar una [prima](#) mensual por la parte del beneficio de PACE del [cuidado a largo plazo](#). Si tiene Medicare pero no tiene Medicaid, se le cobrará una prima mensual para cubrir la parte correspondiente a PACE del cuidado a largo plazo y una prima por los medicamentos de la Parte D. Sin embargo, en PACE usted no paga ni un [deductible](#) ni [copago](#) por los servicios o medicamentos aprobados por el equipo de médicos de PACE.



Llame a su Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible y si hay un programa PACE cerca de su domicilio. Visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-686-2048.

Proyectos de Medicare Innovadores

Medicare desarrolla modelos innovadores, demostraciones y **programas piloto** para probar cambios que mejoren la cobertura, costos y calidad de los servicios de Medicare. Los programas piloto generalmente son para un grupo específico de gente, y/o se ofrecen sólo en áreas específicas y por un tiempo limitado. Algunos ejemplos incluyen ciertas Organización Responsables por el Cuidado de la Salud (ACO) (vea la página 146) y los programas piloto para las personas que tiene Medicare y Medicaid (vea la página 125). Pregúntele a los encargados del programa piloto o a su médico sobre cómo trabajan. Si desea más información sobre cómo funcionan llame al programa piloto o a su proveedor de la salud, visite innovation.cms.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048.



La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Sección 6—

¿Qué es una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)?

El Medicare Original paga por muchos pero no todos los servicios médicos e insumos. Una póliza Medigap es un seguro que complementa a Medicare vendido por una compañía privada que puede ayudarle a pagar lo que el Medicare Original no cubre, como los **copagos, coseguro y deducibles**. A este seguro suplementario a Medicare se le conoce como póliza Medigap.



Algunas pólizas Medigap cubren otros beneficios que el Medicare Original no cubre, como la atención médica cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos. Si usted está inscrito en el Medicare Original y tiene una póliza Medigap, el Medicare Original pagará la parte que le corresponde de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios médicos cubiertos y luego Medigap pagará la otra parte. Usted tiene que pagar la **prima** de la póliza Medigap.

Las pólizas de Medigap están estandarizadas

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

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

¿Cómo puedo comparar las pólizas Medigap?

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



En algunos estados, quizás pueda comprar otro tipo de póliza Medigap llamada Medicare SELECT (una póliza Medigap con la que debe atenderse en hospitales específicos y en algunos casos, con médicos específicos para recibir los beneficios completos). Si compra una póliza Medicare SELECT, también tiene derecho a cambiarla por una póliza Medigap estandarizada durante el primer año (12 meses).

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

El cuadro a continuación le brinda información básica sobre los distintos beneficios que cubren las pólizas Medigap. Si aparece un porcentaje, significa que la póliza paga ese porcentaje del beneficio y usted paga el resto.

Nota: Para comparar las pólizas necesitará más información de la que le muestra el cuadro. Vea la página 104 para más información.

Beneficios	Planes Medigap (seguro suplementario a Medicare)									
	A	B	C	D	F*	G	K	L	M	N
El coseguro de la Parte A y los costos del hospital hasta 365 días adicionales, después de haber agotado los beneficios de Medicare	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
El coseguro o copago de la Parte B	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100% **
Sangre (las 3 primeras pintas)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El coseguro o copago de la Parte A del cuidado de hospicio	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El coseguro por el cuidado en un centro de enfermería especializada			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El deducible de la Parte A		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
El deducible de la Parte B			100%		100%					
El sobrecargo (cargos en exceso) por los servicios de la Parte B					100%	100%				
Emergencia en el extranjero (hasta el límite del plan)			80%	80%	80%	80%			80%	80%
							Límite de gastos del bolsillo en 2015		\$4,940 \$2,470	

* El plan F también ofrece una opción de deducible alto en algunos estados. Si acepta esta opción, tendrá que pagar los costos cubiertos por Medicare (coseguro, copagos y deducibles) hasta que haya cubierto el deducible de \$2,180 para el 2015, antes de que la póliza Medigap comience a pagar.

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

¿Qué más debo saber acerca de las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare)?

Información importante

- Usted tiene que tener las Partes A y B de Medicare.
- Tendrá que pagar la **prima** mensual de la póliza Medigap y además seguirá pagando la prima mensual de la Parte B.
- Las pólizas Medigap sólo cubren a una persona. Si su cónyuge quiere dicha cobertura, tendrá que comprar su propia póliza.
- Usted no puede tener la cobertura de las recetas médicas de Medigap y del plan de medicamentos. Vea la página 117.
- Es importante que compare las pólizas dado que los costos pueden variar y en algunas pólizas pueden aumentar a medida que usted envejece. Algunos estados limitan el precio de las primas.

Cuándo debe comprarla

- El mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el Período de Inscripción Abierta de 6 meses que se inicia el primer día del mes en que usted tenga 65 años o más y esté inscrito en la Parte B de Medicare (algunos estados pueden tener períodos de inscripción adicionales). Después del Período Inicial de Inscripción sus opciones para comprar una póliza Medigap pueden ser limitadas y le pueden costar más.
- Si usted retrasa su inscripción en la Parte B porque tiene la cobertura médica de su empleador o sindicato (o el de su cónyuge), su Período de Inscripción Abierta recién comenzará cuando se inscriba en la Parte B.
- La ley federal no obliga a las compañías de seguro a que le vendan pólizas Medigap a los beneficiarios menores de 65 años. Si tiene menos de 65 años, no podrá comprar una póliza Medigap hasta que cumpla 65 años. Sin embargo, algunos estados obligan a las compañías a vendérsela aun si usted tiene menos de 65 años.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

¿Cómo trabaja Medigap con los Planes Medicare Advantage?

- Si ya tiene un Plan Medicare Advantage, es ilegal que cualquier persona le venda una póliza Medigap a menos que usted esté regresando al Medicare Original. Si desea regresar al Medicare Original y comprar una póliza Medigap, pregunte cuáles están disponibles y cancele su plan MA. Usted debe informarle a Medigap la fecha en que terminará la cobertura del plan MA. Si no piensa cancelar su inscripción en MA y tratan de venderle una póliza comuníquese con su Departamento Estatal de Seguro.
- Si tiene una póliza Medigap y se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) tal vez le convenga cancelar su póliza Medigap. Usted **no** puede usar su póliza Medigap para pagar los **copagos, deducibles** y las **primas** de Medicare Advantage. Si decide cancelar su póliza Medigap, debe llamar a su compañía de seguro. Si cancela su póliza Medigap para inscribirse en un plan MA, en la mayoría de los casos no podrá recuperarla.
- Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage por primera vez y no está satisfecho con el plan, puede regresar al Medicare Original dentro del año de haberse inscrito y se le otorgarán derechos especiales para comprar una póliza Medigap.
 - Si antes de inscribirse ya tenía una póliza Medigap, puede recuperarla si la compañía todavía la vende. Si no estuviera disponible, puede comprar otra póliza Medigap.
 - Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage cuando es elegible para Medicare por primera vez, podrá escoger cualquier póliza durante el primer año de su inscripción.
 - Su póliza Medigap ya no podrá ofrecerle la cobertura de medicamentos aun si antes la tenía, pero sin embargo podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Para más información sobre las pólizas Medigap

- Visite Medicare.gov para averiguar cuáles son las pólizas disponibles en su zona.
- Visite Medicare.gov/publications para consultar la publicación “Selección de una póliza Medigap: Una guía sobre el seguro de salud para las personas con Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si pueden enviarle una copia. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.
- Comuníquese con el Departamento Estatal de Seguro. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar el número de teléfono. También puede obtenerlo en Medicare.gov/contacts.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en la página 149.

Sección 7—

Obtenga información sobre la cobertura de las recetas médicas (Parte D)

¿Cómo trabajan los planes Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)?

La cobertura de las recetas médicas (Parte D) está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Aun si usted ahora no toma muchas medicinas es importante que se inscriba en uno de estos planes. Si decide no inscribirse en un plan de la Parte D cuando es elegible por primera vez y no tiene otra [cobertura válida de medicamentos](#), o si no recibe [Ayuda Adicional](#) le podrán cobrar una multa si decide inscribirse más tarde. Vea las páginas 112–113. Para conseguir esta cobertura debe inscribirse en uno de estos planes ofrecidos por las compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Cada plan varía en cuanto a los costos y a los medicamentos que cubre.

Hay 2 maneras de obtener la cobertura de los medicamentos recetados:

1. Inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos

Recetados. A veces conocidos como “PDP” que añaden esta cobertura al Medicare Original, a ciertos Planes Medicare de Costo, algunos Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) y a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Para inscribirse en un plan de medicamentos recetados usted tiene que tener las Partes A o B de Medicare.

2. Inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro **plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de las recetas médicas**. Usted recibirá todos los beneficios de Medicare (Partes A y B) y la cobertura de medicamentos (Parte D) a través del plan. A veces a los Planes Medicare Advantage con cobertura de las recetas médicas se les conoce como “MA-PD”. Para inscribirse en un plan MA usted tiene que tener las Partes A y B de Medicare y no todos los planes ofrecen cobertura para medicamentos recetados.

En cualquiera de los 2 casos usted tiene que vivir en el **área de servicio** del plan de medicamentos en el que quiere inscribirse. **En este manual a los 2 tipos de planes se les conoce como “planes Medicare de medicamentos recetados”.**

¡Importante!

Si tiene cobertura de su empleador o sindicato

Llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier **cambio o de inscribirse en otro plan**. Si cancela su plan de empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarlo. Además, es posible que si cancela la cobertura de **medicamentos** también tenga que cancelar su cobertura de **salud** (médico y hospital). Tenga en cuenta que si deja su cobertura, puede que también esté cancelando la de su cónyuge y dependientes. Si desea saber cómo funciona la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados con otra cobertura de recetas médicas que usted pudiera tener, consulte las páginas 116–118.

¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o cancelar un plan Medicare de medicamentos recetados?

- **Cuando es elegible para Medicare por primera vez**, puede inscribirse durante su Período Inicial de Inscripción. Vea la página 25.
- **Si obtiene la Parte B por primera vez durante el Período General de Inscripción**, puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Vea la página 25.
- **Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año durante la Inscripción Abierta**. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente, siempre que el plan reciba su solicitud para el Período de Inscripción Abierta.
- **En cualquier momento si es elegible para recibir Ayuda Adicional**. Vea las páginas 119–123.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Período Especial de Inscripción

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

- Si se muda fuera del [área de servicio](#) del plan
- Si pierde su otra [cobertura válida de medicamentos](#)
- Si vive en una [institución/centro](#) (centro de cuidado a largo plazo como un asilo para ancianos)
- Si tiene Medicaid
- Si puede obtener la [Ayuda Adicional](#). Vea las páginas 119–123.

Período Especial de Inscripción en un plan de 5 estrellas

Usted puede cambiarse a un plan Medicare de medicamentos recetados que tenga una **calificación general de 5 estrellas** del 8 de diciembre de 2015 al 30 de noviembre de 2016. Las calificaciones de los planes están disponibles en Medicare.gov/find-a-plan. Solamente puede usar este período para cambiarse a un plan de 5 estrellas una vez durante el período mencionado.

¡Importante!

Si tiene un Plan Medicare Advantage

Si su plan Medicare Advantage incluye la cobertura de las recetas médicas y usted se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, se le dará de baja del plan Medicare Advantage y regresará al Medicare Original.

¿Cómo hago para cambiar mi plan de medicamentos?

Usted puede cambiarse a un nuevo plan Medicare de medicamentos recetados simplemente inscribiéndose en otro plan durante uno de los períodos mencionados en las páginas 106–107. **Usted no tiene que cancelar su antiguo plan.** Su cobertura será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su nuevo plan le enviará una carta avisándole la fecha de inicio de su cobertura.

¿Cómo puedo cancelar mi plan de medicamentos?

Si desea cancelar su plan Medicare de medicamentos recetados y no quiere inscribirse en un plan nuevo, puede hacerlo durante uno de los períodos mencionados en las páginas 106–107. Puede cancelarlo llamando



al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede mandarle una carta al plan informándoles que quiere cancelarlo. Si lo cancela y quiere inscribirse en otro plan más adelante, tendrá que esperar al próximo Período de Inscripción. Tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía si no tiene **cobertura válida de medicamentos**. Vea las páginas 112–113.

Lo que usted paga

Abajo y en la próxima página le informamos cuánto tiene que pagar si tiene un plan Medicare de medicamentos recetados. **Los precios reales variarán dependiendo de:**

- Los medicamentos que tome y si están en el **formulario** del plan (lista de medicamentos).
- El plan que escoja. Recuerde, los costos de los planes pueden cambiar cada año. Asegúrese de comparar todas sus opciones durante la Inscripción Abierta (15 de octubre al 7 de diciembre).
- La farmacia que use (ya sea que ofrezca costo compartido preferido o estándar fuera de la red del plan o de pedido por correo).
- Si recibe la **Ayuda Adicional** para pagar por la cobertura de la Parte D. Vea las páginas 119–123.

Prima mensual

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

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

¡Importante!

Lo que usted tenga que pagar por la cobertura de la Parte D podría aumentar según cuáles sean sus ingresos. Si su ingreso está por encima de cierta cantidad (\$85,000 si presenta de forma individual o \$170,000 si está casado y presenta de forma conjunta), usted pagará una **prima** más cara. Esto no se aplicará a todos los beneficiarios, la mayoría no tendrá que pagar más.

Generalmente esa cantidad adicional se deducirá de su cheque del Seguro Social. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB en inglés), la cantidad adicional se deducirá de su cheque del RRB. **Si Medicare o RRB le envían una factura por dicha cantidad, usted debe pagarle esa cantidad a Medicare o a RRB en vez de a su plan.** Si no paga, puede perder su cobertura de la Parte D. No podrá inscribirse en otro plan de inmediato y es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía por el tiempo que tenga la Parte D. Si tiene que pagar una cantidad adicional y está en desacuerdo (por ejemplo si pasó algo que haya disminuido su ingreso), visite socialsecurity.gov o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-325-0778.

Deductible anual

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

Copago o coseguro

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

Interrupción en la cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos tiene una interrupción en la cobertura (conocida como “*donut hole*”). O sea que hay un límite temporal para lo que puede cubrir el plan. La interrupción comenzará cuando usted y su plan hayan gastado una cierta cantidad en los medicamentos cubiertos. En el 2016, cuando comience su interrupción en la cobertura, usted pagará el 45% del precio del plan por los medicamentos de marca cubiertos y 65% por los medicamentos genéricos hasta el final de la interrupción en la cobertura. No todas las personas llegarán a la interrupción en la cobertura porque lo que gastan en medicamentos no es suficiente.

Los gastos que **cuentan** para salir de la interrupción son:

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

Lo que usted paga de **prima** y por los medicamentos que no están cubiertos, **no se tienen en cuenta** para el límite de la interrupción en la cobertura.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

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

Además del descuento para los medicamentos de marca, cada año habrá un aumento en la cobertura durante la interrupción, hasta que la misma termine en el 2020.

Cobertura catastrófica

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

Nota: Si recibe **Ayuda Adicional**, para pagar por la cobertura de sus recetas médicas, algunos de estos costos no se aplicarán. Vea las páginas 119–123.

¡Importante!

Generalmente la cantidad que usted paga por los medicamentos de marca corresponde a un mes de suministros. Sin embargo, puede pedir una cantidad para menos de un mes de la mayoría de los medicamentos. Por ejemplo si está probando un medicamento nuevo que se sabe que tiene efectos secundarios significativos o si quiere sincronizar las renovaciones de los medicamentos. En estos casos, lo que usted paga se basará en la cantidad de pastillas que le hayan vendido. Hable con su médico o proveedor de la salud calificado, autorizado legalmente a recetarle medicamentos, porque tendrá que recetarle una cantidad menor del medicamento.

El ejemplo abajo muestra los precios del 2016 de los medicamentos cubiertos para un plan que tiene una interrupción en la cobertura.

El Sr. Pintos se inscribe en el plan Medicare de medicamentos recetados ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2016. El Sr. Pintos no recibe [Ayuda Adicional](#) y usa la tarjeta de su plan de medicamentos para comprar sus medicinas.

Prima mensual—El Sr. Pintos paga una prima mensual durante el año

1. Deducible anual	2. Copago o coseguro (lo que paga en la farmacia)	3. Interrupción en la cobertura	4. Cobertura catastrófica
El Sr. Palma paga los primeros \$360 del costo de sus medicinas antes de que el plan comience a pagar.	El Sr. Palma abona un copago , y el plan paga su parte de cada medicamento cubierto, hasta que la cantidad combinada (más el deducible) alcance a \$3,310.	Una vez que el Sr. Palma y el plan hayan gastado \$3,310 en los medicamentos cubiertos, comenzará la interrupción en la cobertura. En el 2016 pagará 45% del costo de los medicamentos de marca cubiertos, y 58% del precio del plan por los medicamentos genéricos. Lo que pague el Sr. Palma más el descuento pagado por la compañía farmacéutica cuentan para el límite de gastos del bolsillo que le permite salir de la interrupción en la cobertura.	Una vez que el Sr. Palma haya gastado \$4,850 de su bolsillo en el año, terminará la interrupción en su cobertura. Ahora solamente tendrá que pagar un pequeño copago o coseguro por cada medicamento hasta el final del año.

¡Importante!

Visite Medicare.gov/find-a-plan para comparar los costos de los planes de su zona. Llame a los planes que le interesan para obtener más detalles. Si necesita ayuda para compararlos, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en la página 149.

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



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

Nota: Si recibe la [Ayuda Adicional](#), no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

Hay 3 formas de evitar el pago de la penalidad:

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

¿Cuánto más tendrá que pagar?

El costo de la multa dependerá del período de tiempo durante el cual estuvo sin una **cobertura válida de medicamentos**. En la actualidad, la cantidad se calcula multiplicando el 1% de la “**prima** básica nacional” (\$33.13 en el 2015) por el número de meses sin cobertura en los que fue elegible para inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados y no lo hizo, ni tuvo otra cobertura válida de medicamentos. La cantidad final se redondea al punto decimal más próximo (\$.10) y se agrega a su prima mensual. Dado que la “prima básica nacional del beneficiario” (prima promedio nacional) puede aumentar cada año, la multa también puede aumentar cada año. Usted tal vez tenga que pagarla durante todo el tiempo en que tenga la cobertura del plan de medicamentos.

Ejemplo:

La Sra. Vilches no se inscribió cuando fue elegible por primera vez—para junio 2012 y no tiene ninguna otra cobertura de medicamentos. Se inscribió en un plan Medicare de medicamentos recetados durante el Período de Inscripción Abierta de 2014 y su cobertura comenzó el 1 de enero de 2015.

Como la Sra. Vilches no se inscribió cuando fue elegible por primera vez y estuvo 30 meses sin otra cobertura válida de medicamentos se le cobrará una multa mensual de \$9.90 en el 2015 (\$33.13 (la prima básica nacional para 2015) x .01 = \$.3313 x 30 = \$9.93) además de la prima mensual del plan.

Si está en desacuerdo con la cantidad de la penalidad

Si no está de acuerdo con la cantidad de la penalidad puede pedirle a Medicare una revisión o reconsideración. Tendrá que llenar un formulario (que le mandará el plan) y podrá mandarles pruebas para justificar su caso, como por ejemplo información sobre su cobertura válida de medicamentos anterior.

Si necesita ayuda, hable con su plan de medicamentos.

¿Cuáles son los medicamentos que están cubiertos?

La información sobre la lista de medicamentos cubiertos (**formulario**) no se incluye en esta publicación porque cada plan tiene su propio formulario. Muchos planes Medicare de medicamentos recetados clasifican sus medicamentos por “Niveles” o “Categorías”. Las medicinas en cada nivel tienen precios distintos. Por ejemplo, un medicamento de un nivel más bajo por lo general le costará menos que uno de un nivel más alto. En algunos casos, si el medicamento que usted necesita está en un nivel alto y su médico (u otro proveedor de la salud autorizado para recetar) piensa que usted necesita dicho medicamento en vez de uno similar pero de un nivel más bajo, puede solicitar una excepción y pedirle al plan que le cobre un **copago** menor. Para obtener más información sobre las exenciones, vea las páginas 130–131.

Comuníquese con el plan para averiguar sobre el formulario, o visite el sitio web del plan. También puede consultar al localizador de planes Medicare visitando Medicare.gov/find-a-plan o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048. Su plan le notificará sobre cualquier cambio en el formulario.

¡Importante!

Cada mes que usted renueva una receta, el plan le envía una Explicación de Beneficios (EOB en inglés). Este es un resumen de las reclamaciones por sus medicamentos y los precios. Vea el resumen y fíjese que no tenga errores. Si tiene preguntas o ha encontrado errores, llame a su plan. Si tiene una sospecha de fraude, llame al Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). Si desea más información sobre el MEDIC, consulte la página 138.

Los planes pueden tener las normas de cobertura siguientes:

- **Autorización previa**—Usted o la persona que le receta el medicamento debe comunicarse con el plan antes de que pueda comprar el medicamento. Su médico tal vez tenga que demostrarle al plan que el medicamento es **necesario por motivos médicos** para que lo cubra.
- **Límite de cantidad**—Esto se refiere a la cantidad de píldoras que puede obtener cada vez.
- **Terapia en etapas/pasos**—Significa que antes de que el medicamento que le recetó el médico sea pagado por el plan, usted debe probar uno o más medicamentos similares de menor costo.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Si su médico o usted piensa que deberían eximirlo de alguna de estas normas, puede solicitar una excepción. Vea las páginas 130–131.

¡NUEVO!

A partir de mediados de 2016, los que le recetan sus medicamentos deben estar inscritos con Medicare o tener una solicitud de “optar por no” en los archivos de Medicare para que sus recetas estén cubiertas por su plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su plan o con los que le recetan sus medicamentos para más información.

¿Le renuevan su receta automáticamente por correo?

Algunas personas utilizan la “entrega automática” que le proporciona su suministro automáticamente cuando se le está por acabar el medicamento. Para asegurarse de que aún necesita el medicamento, los planes deben obtener su autorización antes de renovarlo, excepto si usted lo pide o solicita un medicamento nuevo. Asegúrese de darle al plan su información de contacto para que puedan pedirle la autorización. El plan no le enviará el medicamento automáticamente a menos que usted le confirme que desea recibirla. Si recibe un medicamento automáticamente por correo que no desea y la compañía no se comunicó con usted para ver si quería el medicamento antes de enviarlo, es posible que usted sea elegible para un reembolso. ¿Sabía usted que puede inscribirse en línea para entregas automáticas con algunas farmacias u obtener su historial de medicamentos recetados? Para más información, visite bluebuttonconnector.healthit.gov.

Programa de Control de la Terapia de Medicamentos

Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados y toma medicamentos para tratar distintos problemas de salud, tal vez pueda participar gratuitamente en un programa de Control de la Terapia de Medicamentos (MTM en inglés). Este programa le ayuda a usted y a su médico a asegurarse de que sus medicamentos estén dando los resultados esperados. El farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión de todos sus medicamentos y le dará una explicación sobre:

- Cómo obtener el máximo beneficio del medicamento
- Cualquier inquietud que tenga sobre el precio del medicamento o sus efectos
- La mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre el medicamento recetado o de venta libre

Usted recibirá un resumen escrito de esta explicación para que lo tenga a mano cuando hable con sus médicos. El resumen contiene un plan de administración del medicamento para que pueda obtener los mejores resultados, el plan tendrá un espacio para que anote sus comentarios o preguntas. También le entregarán una lista personalizada de todos los medicamentos que toma y los motivos por los que los toma. Tenga la lista a mano cuando hable con sus proveedores de servicios médicos.

Sería bueno que haga una cita para revisar sus medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre el plan de atención y de medicamentos. Lleve el plan de cuidado y la lista de medicamentos cada vez que hable con sus médicos y farmacéuticos. Además, le conviene llevar la lista de medicamentos si va a la sala de emergencia o al hospital.

Su plan de medicamentos recetados puede inscribirlo en este programa si usted cumple las siguientes condiciones:

1. Tiene más de un problema de salud crónico.
2. Toma varios medicamentos.
3. Sus medicamentos tienen un costo anual combinado superior a \$3,507. Esta cantidad (que puede cambiar cada año) es un estimado basado en los gastos directos de su bolsillo y lo que paga su plan durante el año. El plan puede ayudarle a determinar si ha llegado a dicho límite.

Visite Medicare.gov/find-a-plan para obtener información sobre la elegibilidad para el programa para el plan que tiene u otro plan que le interese. Si desea detalles específicos, comuníquese con el plan.

¿Cómo trabajan los otros seguros o programas con la Parte D?

Los cuadros en las 2 próximas páginas le brindan información sobre cómo trabajan otros seguros o si se verán afectados por la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D).

Cobertura de empleador o sindicato—Cobertura de salud para usted, su cónyuge u otro familiar de su empleador anterior o actual o sindicato. Si tiene la cobertura de medicamentos por su empleo actual o anterior, su empleador o sindicato le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es válida. **Guarde estas notificaciones.** Si desea más información llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio. **Nota:** Si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, usted, su cónyuge o sus dependientes podrían perder la cobertura médica de su empleador o sindicato.

COBRA—Es una ley federal que podría permitirle que mantenga la cobertura médica de un empleador o sindicato, una vez que su empleo se haya terminado o después de haber perdido su cobertura como dependiente de un empleado. Tal y como se explica en las páginas 26–27, hay varios motivos por los que debería aceptar la Parte B en vez de o además de COBRA. Sin embargo, si acepta COBRA con **cobertura válida de medicamentos**, se le otorgará un Período Especial de Inscripción para que se inscriba en un plan Medicare de medicamentos recetados sin tener que pagar la multa una vez que termine la cobertura de COBRA. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para averiguar si COBRA es una buena opción para usted. El número aparece en la página 149.

Pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) con cobertura de recetas médicas—Tal vez le convenga más inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados porque la mayoría de la cobertura de las recetas médicas de las pólizas Medigap no son consideradas cobertura válida de medicamentos, y si más tarde decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía. Vea las páginas 112–113. Las pólizas Medigap ya no pueden venderse con la cobertura de las recetas médicas. Si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados y se queda con la póliza Medigap, la compañía de seguro Medigap debe quitar la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos de la póliza y reducir la **prima**. Si desea más información, llame a su compañía de seguro Medigap.

Nota: Guarde cualquier notificación de cobertura válida que le envíe su plan. Tal vez la necesite si decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados más tarde. No envíe cartas o certificados de cobertura válida a Medicare.

¿Cómo trabajan los otros seguros del gobierno con la Parte D?

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

Seguro Médico para Empleados Federales (FEHBP en inglés)—Cobertura de servicios médicos para los empleados y jubilados federales y sus familiares. Los planes FEHBP generalmente incluyen la cobertura de las recetas médicas por lo tanto no necesita inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Sin embargo, si decide hacerlo, puede quedarse con su plan FEHBP y, en la mayoría de los casos, Medicare pagará primero. Si desea más información sobre la cobertura de los jubilados, comuníquese con la Oficina de Administración de Personal llamando al 1-888-767-6738, o visite opm.gov/healthcare-insurance/healthcare. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-878-5707. Si es un empleado federal en actividad, comuníquese con el funcionario de beneficios, para una lista de funcionarios visite apps.opm.gov/abo. Si tiene preguntas puede llamar a su plan.

Beneficios para Veteranos—Seguro médico para los excombatientes y los que han pertenecido a las fuerzas militares. Tal vez pueda obtener la cobertura de sus medicamentos a través del programa del Departamento de Asuntos para Veteranos (VA). Usted puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, pero si lo hace, no podrá usar ambos tipos de cobertura para la misma receta. Si desea más información llame a VA al 1-800-827-1000 o va.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-829-4833.

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

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

Nota: Si recibe atención de los HIS o de una clínica de salud tribal u otro programa gratuito, puede seguir haciéndolo para algunos o todos los servicios. Si usted tiene Medicare, aun puede recibir los servicios de IHS o de una clínica de salud tribal.

Sección 8—

Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y medicamentos recetados

¿Qué puedo hacer si necesito ayuda para pagar por mis medicamentos?

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

Nota: La [Ayuda Adicional](#) no está disponible en Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa estadounidense. Vea la página 126 para obtener información sobre los programas disponibles en esas zonas.

La Ayuda Adicional, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos (LIS), es un programa de Medicare para ayudarles a las personas de bajos ingresos y recursos a pagar por su cobertura de medicamentos. Usted puede obtener este subsidio si su ingreso anual y sus recursos están por debajo de los límites establecidos para el 2015:

- Para una persona soltera—Ingresos por debajo de \$17,655 y recursos menores a \$13,640 al año
- Para una persona casada que vive con su cónyuge y sin otros dependientes—Ingresos por debajo de \$23,895 y recursos menores a \$27,250 al año

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Estas cantidades pueden cambiar en el 2016. Usted podría ser elegible aun si su ingreso es mayor (por ejemplo si sigue trabajando, vive en Alaska o Hawái o tiene dependientes que viven con usted). Los recursos incluyen el dinero que tenga en una cuenta corriente o en una cuenta de ahorro, acciones y bonos, fondos jubilatorios individuales (IRA en inglés). **No** incluyen su vivienda, automóvil, la sepultura y hasta \$1,500 para gastos de entierro (por persona), muebles y otros artículos del hogar o el seguro de vida.

Si es elegible para la **Ayuda Adicional** y se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, obtendrá:

- Ayuda para pagar la **prima** mensual del plan, el **deductible** anual y el **coseguro** y **copagos**.
- No tendrá una interrupción en la cobertura.
- Ni le cobrarán la multa por inscripción tardía.
- Podrá cambiar de plan en cualquier momento.

Usted puede obtener la Ayuda Adicional automáticamente si tiene Medicare y cumple estos requisitos:

- Tiene la cobertura completa de Medicaid.
- Recibe ayuda de Medicaid para pagar las primas de la Parte B (está en un Programa de Ahorros de Medicare). Consulte las páginas 123–124.
- Recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés).

Para informarle que usted es elegible automáticamente para recibir la Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta en papel morado que usted debe guardar. Si recibió la carta, no tendrá que solicitarla.

- Si aún no se inscribió en el plan Medicare de medicamentos recetados, debe hacerlo para obtener la Ayuda Adicional.
- Si aún no se inscribió en el plan, Medicare lo hará por usted para asegurarse de que obtenga dicha cobertura. Si lo inscribe, le enviará una carta en papel amarillo o verde avisándole la fecha en que comienza su cobertura.
- Cada plan cubre distintos medicamentos. Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre los medicamentos que necesita y si puede comprarlos en la farmacia que desea. Visite Medicare.gov/find-a-plan, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para comparar los planes de su zona. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si recibe la Ayuda Adicional, puede cambiarse de plan en cualquier momento. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente.
- Si tiene Medicaid y vive en una **institución** (como un asilo para ancianos) o recibe servicios domiciliarios o de su comunidad, no pagará por los medicamentos cubiertos.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

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

¡Importante!

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

Si no es elegible automáticamente para recibir la Ayuda Adicional, puede solicitarla en cualquier momento:

- Visitando socialsecurity.gov/i1020 para solicitarla por Internet.
- Llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213 para solicitarla por teléfono o para pedir la solicitud impresa. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.
- Solicitándola en la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Para obtener el teléfono llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite Medicare.gov/contacts.

Nota: Con su autorización, el Seguro Social le enviará información a la oficina de Medicaid de su estado para dar inicio al proceso de solicitud de los beneficios del Programa de Ahorros de Medicare. Vea las páginas 123–124.

La mayoría de los beneficiarios elegibles pagarán en el 2016 un máximo de \$2.95 por cada medicamento genérico y \$7.40 por cada medicamento de marca. Fíjese en las cartas que le mandan sobre la Ayuda Adicional o comuníquese con su plan para averiguar el precio exacto.

Para obtener respuesta a sus preguntas sobre la Ayuda Adicional y para que le ayuden a escoger un plan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el teléfono en la página 149. También puede llamar al 1-800-MEDICARE.

Pague la cantidad correcta

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

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

También le puede mostrar a su plan **cualquiera** de los documentos (“mejor evidencia disponible”) que mencionamos a continuación, como prueba de que es elegible para la Ayuda Adicional. **El plan debe aceptar estos documentos.** Cada uno de estos documentos demuestra que fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio de 2015.

Prueba de que tiene Medicaid y vive en una institución o recibe servicios médicos domiciliarios o en su comunidad	Otros comprobantes de que tiene Medicaid
<ul style="list-style-type: none"> ■ Una factura de la institución (como del asilo para ancianos) o una copia de un documento estatal donde se indique que Medicaid ha pagado por lo menos por un mes. ■ Una impresión del sistema de Medicaid de su estado donde se indique que usted vivió en una institución por lo menos por un mes. ■ Copia de un documento estatal que demuestre que usted tiene Medicaid y que recibe servicios para la salud en el hogar o en la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Copia de la tarjeta de Medicaid (si la tuviera) ■ Copia de un documento estatal que demuestre que usted tiene Medicaid ■ Copia impresa del formulario electrónico estatal de inscripción o del sistema de Medicaid de su estado donde se indica que usted tiene Medicaid ■ Cualquier otro documento de su estado que indique que usted tiene Medicaid.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Si aún no se ha inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados y pagó por sus medicamentos, dado que es elegible para recibir la Ayuda Adicional, usted podrá recuperar parte de lo que ha pagado. **Guarde los recibos** y llame al Programa de Transición de Medicare para las Personas con Ingresos Limitados Elegibles Recientemente (NET) al 1-800-783-1307 si desea más información. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 711.

Para más información, visite Medicare.gov/publications para consultar la hoja informativa titulada “Si recibe [Ayuda Adicional](#), Asegúrese de que está Pagando la Cantidad Correcta”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedirles que le manden una copia. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Nota: Guarde toda la información que le mande Medicare, el Seguro Social, RRB, su [plan Medicare](#), su compañía de seguro suplementario, su empleador o sindicato. Esta correspondencia puede incluir cartas de adjudicación o denegación, Avisos Anuales de Cambio, avisos de [cobertura válida de medicamentos](#) o el Resumen de Medicare. Tal vez necesite estos documentos para obtener los beneficios de los programas mencionados en esta sección. Guarde también una copia de cualquier solicitud que envíe.

¿Qué puedo hacer si necesito ayuda para pagar por el cuidado de mi salud?

Programas de ahorros de Medicare

Si usted es una persona de ingresos y recursos limitados, podría obtener ayuda de su estado para pagar los costos de Medicare si cumple ciertos requisitos.

Hay 4 tipos de programas de ahorros:

1. **El programa Medicare para el Beneficiario Calificado (QMB)**—Le ayuda a pagar las [primas](#), [deducibles](#), [coseguro](#) y [copagos](#) de las Partes A y/o B.
2. **El programa Medicare para los Beneficiarios de Bajos Ingresos (SLMB)**—Le ayuda a pagar la prima de la Parte B solamente.
3. **El programa de Medicare para los Individuos Calificados (QI)**—Le ayuda a pagar la prima de la Parte B solamente. Usted debe solicitar los beneficios del programa cada año y los beneficios se otorgan por orden de llegada.
4. **Programa para los Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI)**—Le ayuda a pagar la prima de la Parte A solamente. Usted puede beneficiarse con este programa si está incapacitado y trabaja.

¡Importante!

Los nombres de estos programas y el modo en que trabajan pueden variar en cada estado. Los Programas Medicare de Ahorros no están disponibles en Puerto Rico y las Islas Vírgenes estadounidenses.

¿Cuáles son los requisitos?

En la mayoría de los casos, para ser elegible:

- Debe tener la Parte A
- Su ingreso mensual no debe exceder \$1,333 y sus recursos deben ser menos de \$7,160—para una persona
- Su ingreso mensual no debe exceder \$1,790 y sus recursos deben ser menos de \$10,750 si está casado y vive con su cónyuge

Nota: Estas cantidades son para el 2015 y pueden cambiar cada año. Muchos estados calculan sus recursos e ingresos de manera diferente, de modo que usted podría ser elegible en su estado aun si sus ingresos y recursos son más altos. Si está incapacitado y trabaja podría ser elegible aun si tuviera un ingreso mayor al límite estipulado. Los **recursos** incluyen el dinero que tenga en cuentas de ahorro o cuentas corrientes, acciones o bonos, fondos mutuos, cuentas jubilatorias individuales (IRA), pero **no** incluyen su automóvil, su vivienda, el terreno para su sepultura y el dinero para gastos de entierro hasta el límite estipulado por su estado, muebles y otros. Algunos estados no ponen límites para sus recursos.

Si desea más información

- Llame o visite la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) y pida información sobre los Programas Medicare de Ahorros. Es importante que llame si cree que reúne los requisitos para cualquiera de ellos, aun si no está seguro. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener el número en su estado. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar Medicare.gov/contacts.
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono aparece en la página 149.

Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados y que cumplen otros requisitos. Ciertos beneficiarios son elegibles para Medicare y Medicaid y se les conoce como “**dblemente elegibles**”.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

¿Qué cubre Medicaid?

- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid casi todos los costos de sus servicios médicos estarán cubiertos. La cobertura de Medicare puede obtenerla del Medicare Original o de un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO).
- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid, Medicare cubrirá las recetas médicas (Parte D). Medicaid pagará por algunos medicamentos y otros servicios que Medicare no cubre.

- Las personas que tienen Medicaid podrían obtener ciertos servicios que Medicare cubre parcialmente o no cubre totalmente, como los servicios del asilo para ancianos, el cuidado personal y los servicios en el hogar o en la comunidad.

¿Cuáles son los requisitos?

- Los programas Medicaid varían en cada estado, también pueden tener nombres diferentes como “Ayuda Médica” o “Medi-Cal”.
- Cada estado tiene requisitos de ingresos y recursos diferentes.
- Muchos estados han ampliado sus programas de Medicaid para cubrir a más personas. Incluso si le han dicho que usted no califica para Medicaid en el pasado, puede que califique bajo las nuevas normas.
- En algunos estados, para ser elegible para Medicaid debe tener Medicare.
- Llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener el número de teléfono de su Oficina Estatal de Ayuda Médica. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar Medicare.gov/contacts.

Planes piloto para las personas que tienen Medicare y Medicaid

Medicare está trabajando con varios estados y planes médicos para crear estos **planes piloto** (conocidos como planes Medicare/Medicaid) que incluirán todos los beneficios de Medicare y Medicaid, la cobertura de las recetas médicas y están diseñados para coordinar mejor sus beneficios. Si le interesa inscribirse en uno de estos planes, visite Medicare.gov/find-a-plan para averiguar si es elegible y si hay un plan en su zona. También puede comunicarse con su Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid), visitar Medicare.gov/contacts o llamar al 1-800-MEDICARE y decir “Medicaid” para obtener más información.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs en inglés)

Varios estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a ciertos beneficiarios a pagar por sus medicamentos recetados basándose en sus necesidades económicas, su edad o problema médico. Cada SPAP tiene sus propias normas de cobertura. Para averiguar cuáles son los SPAP en su estado y cómo trabajan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono aparece en la la página 149.

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

Muchas empresas farmacéuticas ofrecen ayuda para las personas que tiene la cobertura Medicare de las recetas médicas y cumplen ciertos requisitos. Para averiguar sobre los Programas de Ayuda Farmacéutica, visite Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program.

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE es un programa de Medicare y Medicaid ofrecido en muchos estados, para que las personas que necesitan el nivel de servicios que recibirían en un asilo para ancianos, permanezcan en sus comunidades. Para más información consulte la página 97.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés)

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

Si desea más información, visite socialsecurity.gov y consulte “Criterios de elegibilidad para el beneficio” para averiguar si reúne los requisitos para obtener SSI u otros beneficios. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 o vaya a la oficina local. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-800-325-0778.

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

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

Son programas para los residentes de Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana con ingresos y recursos limitados, que les ayudan a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estos territorios. Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para obtener información, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Sección 9—

Conozca sus derechos y aprenda a protegerse del fraude

¿Cuáles son mis derechos si tengo Medicare?

Independientemente del tipo de plan Medicare que tenga, usted tiene ciertos derechos y protecciones.

Como beneficiario de Medicare, usted tiene derecho a:

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

¿Cuáles son mis derechos si mi plan deja de participar en Medicare?

Si su plan deja de participar en Medicare

Los planes de salud y medicamentos de Medicare pueden decidir que no participarán en el programa Medicare el año próximo. A los planes que decidan retirarse de Medicare por completo o solamente en ciertas áreas se les considera como planes que “no han renovado” su participación. En estos casos la cobertura de su plan terminará después del 31 de diciembre.

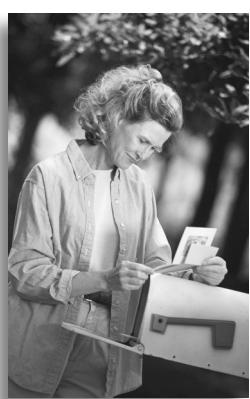
- Usted puede escoger otro plan cuya cobertura comience el 1 de enero, si se inscribe entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- **Si su plan decide no participar en Medicare usted tendrá un derecho de inscripción especial para otro plan de salud hasta el 29 de febrero de 2016.**

El plan le enviará una carta sobre sus opciones antes de la Inscripción Abierta.

¿Qué es una apelación?

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

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



La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

También puede apelar si Medicare o su plan deja de pagar o de brindarle un servicio o suministro o parte del mismo y usted piensa que aún lo necesita.

Si decide apelar, pídale a su médico, proveedor o abastecedor que le facilite cualquier información que pudiera servirle para su caso. Guarde una copia de todos los documentos que le envíe a Medicare como parte del proceso de apelación.

¿Cómo hago para apelar una decisión?

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

Si está inscrito en el Medicare Original

1. Obtenga el Resumen de Medicare (MSN) que muestra el suministro o servicio por el que está apelando. Su MSN es el informe que recibe cada 3 meses en donde se listan todos los servicios que recibió y le indica si Medicare pagó por ellos. Vea las páginas 77–78.
2. Haga un círculo alrededor del artículo o servicio que aparece en el Resumen de Medicare con el que está en desacuerdo y detalle en el MSN las razones por las que está en desacuerdo. También puede explicar los motivos en una página separada y adjuntarla al MSN.
3. Firme el Resumen de Medicare, incluya un número de teléfono y su número de Medicare en el MSN. Haga una copia y guárdela en su archivo personal.
4. Envíe el Resumen de Medicare o una copia del mismo a la dirección del contratista de Medicare que aparece en el MSN. También puede enviar información adicional que tenga y que ayude a su caso. O puede llenar y enviar le Formulario 20027 de CMS al contratista mencionado en el MSN. Para ver o imprimir el formulario visite cms.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para que le envíen una copia por correo. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.
5. Usted debe apelar la decisión en los 120 días siguientes a la fecha en que recibe el MSN.

Generalmente recibirá la decisión del contratista de Medicare dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. Si Medicare pagará por el servicio o artículo, el pago aparecerá en el próximo Resumen de Medicare.

Si está inscrito en un plan de salud de Medicare

Entérese cómo hacer para apelar leyendo los documentos que le manda el plan cada año, llámelos o visite Medicare.gov/appeals.

En algunos casos podrá solicitar una apelación acelerada. Lea los documentos del plan y consulte la página 131.

Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados

Tiene derecho a tomar las medidas siguientes (aun antes de haber comprado un medicamento específico):

- Obtener una explicación por escrito (llamada “determinación de cobertura”) de su plan de medicamentos recetados. Esta es la primera decisión tomada por su plan (no por la farmacia) sobre su cobertura, que incluye si un determinado medicamento está cubierto, si usted ha cumplido los requisitos para recibir el medicamento recetado, cuánto debe pagar por dicho medicamento y si se puede hacer una excepción a una norma del plan tal como usted lo ha solicitado.
- Pedirle al plan una “excepción” si usted o su médico (o cualquier proveedor de la salud autorizado legalmente para recetar medicamentos) cree que necesita un medicamento que no está en el **formulario** (lista de medicamentos cubiertos) del plan.
- Solicitar una “excepción” si usted o su médico creen que una norma de cobertura (como por ejemplo la de la autorización previa) no debería aplicarse.
- Solicitar una “excepción” si cree que debería pagar menos por un medicamento que se encuentra en un nivel o categoría superior (más caro), porque usted o su médico piensa que no puede tomar un medicamento de un nivel inferior para tratar la misma condición.

¿Cómo solicito una determinación de cobertura?

Usted o su médico deben comunicarse con el plan para solicitar una determinación de cobertura o una excepción. Si la farmacia de la red del plan no puede venderle un medicamento como fue recetado, el farmacéutico debe entregarle un aviso en el que le explican cómo comunicarse con su plan de recetas médicas para hacer el pedido. Si la farmacia no le entrega el aviso, pídaselo.

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

Usted o su médico pueden llamar o escribirle al plan para solicitar una apelación acelerada. Su pedido se procesará en forma acelerada si el médico o el plan determinan que su vida o su salud corren peligro si tiene que esperar.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

¡Importante!

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

¿Qué derechos tengo si pienso que un servicio está terminando antes de tiempo?

Si usted recibe un servicio cubierto por Medicare en un hospital, centro de enfermería especializada, agencia de cuidado de la salud en el hogar, centro de rehabilitación general u hospicio, y piensa que el servicio está terminando antes de tiempo puede solicitar una apelación acelerada. Su proveedor debe entregarle un aviso, antes de que termine el servicio, en el que le explican cómo solicitar una apelación acelerada. Lea el aviso atentamente. Si su proveedor no le ha entregado el aviso, pídaselo.

Al solicitar una apelación acelerada, una organización independiente conocida como [Organización para Mejoras de la Calidad para el Cuidado Centralizado de Beneficiarios y la Familia \(BFCC-QIO\)](#) decidirá si el servicio debe continuar o no.

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

¿Dónde puedo obtener ayuda para solicitar una apelación?

Si desea información sobre los distintos niveles de apelación, visite Medicare.gov/appeals. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) si necesita ayuda para apelar. Encontrará el número de teléfono en la página 149.

Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN en inglés)



Si está inscrito en el Medicare Original, su proveedor o abastecedor puede darle un aviso llamado “Aviso al Beneficiario por Adelantado” (ABN). Este aviso le indica que Medicare probablemente (o con seguridad) no pagará algunos servicios en ciertas situaciones.

¿Qué ocurre si me entregan un ABN?

- Le pedirán que decida si quiere recibir los servicios mencionados en el ABN.
- Si decide obtener dichos servicios, tendrá que pagar por ellos de su bolsillo si Medicare no lo hace.
- Le pedirán que lo firme e indique que ha leído y entendió el contenido del ABN.
- Los proveedores de servicios de salud y los abastecedores no tienen (aunque pueden hacerlo) que entregarle un ABN para los servicios que Medicare nunca cubre. Vea la página 71.
- Un ABN no es una denegación oficial de cobertura de Medicare. Usted puede recibir los servicios listados en el ABN y solicitarle a su proveedor que envíe una reclamación a Medicare o a su otro seguro. Si el pago es denegado, puede apelar la decisión. Sin embargo, usted tendrá que pagar por los artículos o servicios por los que está apelando si es que Medicare determina que dichos artículos o servicios no están cubiertos (y no tiene otro seguro que sea responsable por el pago).

¿Me pueden entregar un ABN por otros motivos?

- También puede recibir un ABN del centro de enfermería especializada, cuando el centro cree que Medicare ya no cubrirá la estadía, otros artículos o servicios.
- Le pueden dar un ABN para el equipo médico e insumos que son parte del Programa de Oferta Competitiva DMEPOS y no se lo provee un proveedor contratado por Medicare.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

¿Qué ocurre si no me han dado un ABN?

Si usted tendría que haber recibido un ABN y no lo recibió, en la mayoría de los casos Medicare obligará al proveedor a que le reembolse el dinero que usted pagó por el servicio o suministro.

¿Dónde puedo obtener más información sobre las apelaciones y los ABN?

- Visite Medicare.gov/appeals.
- Visite Medicare.gov/publications y consulte la publicación “Las apelaciones a Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir una copia impresa por correo. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Si está inscrito en un **plan de Medicare**, llame al plan para averiguar si un determinado servicio o suministro será cubierto.

¿Cómo usa Medicare mi información personal?

Medicare protege la confidencialidad de su información médica personal. Las próximas 2 páginas indican cómo por ley, se puede usar su información, divulgarse y cómo puede obtenerla.

Usted está protegido de la discriminación

Cada empresa o agencia que trabaje con Medicare debe obedecer la ley. Esto significa que no puede ser tratado injustamente debido a su raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, religión o sexo. Vea la cara interior de la última página si piensa que han discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estas razones.

Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad del Medicare Original

Este aviso describe cómo se usará o divulgará su información médica y cómo puede tener acceso a la misma. Léalo atentamente.

Por ley, Medicare debe proteger su información personal. También le debe entregar este aviso para explicarle cómo usará o divulgará su información médica.

Medicare usará su historial médico para brindarle información a:

- Usted u otra persona que actúe como su representante legal
- La Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si fuese necesario para garantizar que su privacidad esté protegida
- Cuando la ley así lo requiera

Medicare tiene derecho a usar o divulgar su información médica para pagar por su atención o para operar el programa Medicare. Por ejemplo:

- Las empresas de seguro de Medicare usan su información médica para pagar o denegar las reclamaciones, para cobrar las **primas**, para compartir sus beneficios de pagos con otros seguros o para preparar el Resumen de Medicare.
- Medicare podría usarla para asegurarse de que usted y otros beneficiarios obtengan atención médica de calidad, para brindar servicio al cliente, para solucionar cualquier problema que tenga o para comunicarse con usted para un proyecto de investigación.

Medicare puede usar o divulgar su información médica para los propósitos siguientes y en circunstancias limitadas:

- A las agencias estatales o federales que tengan derecho legal a recibir información de Medicare (por ejemplo para asegurarse que Medicare esté haciendo los pagos apropiados o para coordinar los beneficios entre programas)
- A sus proveedores para que sepan sobre los otros tratamientos que usted pudiera estar recibiendo y coordinar su atención (por ejemplo a los programas para garantizar que reciba una atención médica de calidad)
- Para actividades relacionadas con la salud pública (el brote de una enfermedad)
- Para el control de actividades del gobierno relacionadas con el cuidado de la salud (por ejemplo investigaciones sobre fraude y abuso)
- Para procesos judiciales y administrativos (respuesta a una orden judicial)
- Para garantizar el cumplimiento de la ley (por ejemplo brindar información limitada para localizar una persona desaparecida)
- Para trabajos de investigación, incluidas las encuestas que cumplan con los requisitos legales de privacidad (investigación relacionada con la prevención de enfermedades o incapacidades)
- Para evitar una amenaza seria e inminente para la seguridad o la salud pública
- Para comunicarse con usted sobre nuevos beneficios o cambios en Medicare
- Para crear un banco de datos a través de los cuales no se lo pueda identificar

Por ley, Medicare debe obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica personal para cualquier propósito no especificado en este aviso. Medicare no venderá, o comercializará dicha información sin su autorización escrita. Usted puede revocar (“retirar”) su autorización en cualquier momento, excepto si Medicare ya ha utilizado dicha información basándose en el permiso otorgado.

Por ley, usted tiene derecho a:

- Ver y pedir una copia de su información médica en poder de Medicare.
- Solicitar que hagan los cambios necesarios si la información está equivocada o si falta información y Medicare está de acuerdo. Si Medicare no está de acuerdo, usted puede agregar una declaración donde exprese su desacuerdo con su información médica personal.
- Obtener una lista de quienes recibirán de Medicare su información médica personal. La lista no indicará la información personal que se le haya proporcionado a usted o a su representante legal, la que fue divulgada para pagar por su cuidado, para el funcionamiento de Medicare o a los agentes que velan por el cumplimiento de la ley.
- Pedirle a Medicare que se comunique con usted de otra manera o en un lugar diferente (por ejemplo, enviándole materiales a un Apartado Postal (P.O. Box) en vez de a su casa).
- Pedirle a Medicare que limite el modo en que se usa o se divulga su información médica para pagar las reclamaciones y para el funcionamiento del programa Medicare. Tenga presente que tal vez Medicare no esté de acuerdo con este pedido.
- Estar informado sobre cualquier incumplimiento de su información médica.
- Obtener una copia impresa de este aviso.

Visite Medicare.gov para más información sobre:

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

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

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

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

El Aviso sobre Prácticas de Confidencialidad del Medicare Original entró en vigencia el 23 de septiembre de 2013.

¿Cómo puedo protegerme del robo de identidad?

El robo de identidad ocurre cuando alguien usa su información personal sin su consentimiento para cometer un fraude u otro delito. Su información personal es por ejemplo, su nombre, número de Seguro Social, número de Medicare o, el número de su tarjeta de crédito o de su cuenta bancaria. No sea una víctima del robo de identidad, **mantenga esta información a resguardo**.

Sólo divulgue su información personal como su número de Medicare a médicos, proveedores, a los planes aprobados por Medicare, a cualquier seguro que pague los beneficios en su nombre y a las personas de la comunidad confiables que trabajan con Medicare, como el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) o al Seguro Social. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si no está seguro si su proveedor está aprobado por Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si sospecha del robo de identidad o cree que le ha entregado su información personal a alguien que no debía, llame al departamento de policía local y a la línea para el robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338 para hacer una denuncia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-653-4261. Para obtener más información sobre el robo de identidad visite ftc.gov/idtheft.

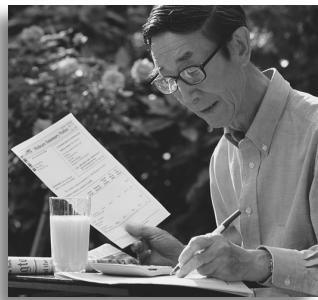
¿Cómo puedo protegerme y proteger a Medicare del fraude?

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Fíjese en los avisos que recibe para asegurarse de que no tengan errores

Cuando reciba servicios médicos, anote las fechas y guarde los recibos y documentos que recibe del proveedor de la salud para ver si hubo errores. Si piensa que hay un error, para averiguar cómo se facturó haga lo siguiente:



- Si está inscrito en el Medicare Original, revise su Resumen de Medicare (MSN) para ver cuáles son los servicios que le cobraron a Medicare. Si está inscrito en un [plan de salud de Medicare](#), pregúntele al plan.
- Pídale a su médico o proveedor un informe detallado sobre cada servicio o suministro. Se lo debe entregar en un plazo de 30 días.
- Visite MiMedicare.gov y vea sus reclamaciones (si está inscrito en el Medicare Original). Sus reclamaciones generalmente aparecen en este sitio web a las 24 horas de haber sido procesadas. También puede descargar la información sobre sus reclamaciones usando el “botón azul” de Medicare. Vea la página 143. Cuanto más rápido reporte el error, mayor será la posibilidad de detener el fraude. Si lo desea puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se ha comunicado con el proveedor y sospecha que se le está cobrando a Medicare por un servicio o insumo que no recibió, o si no conoce al proveedor que figura en la reclamación llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).



Para más información sobre cómo protegerse y proteger a Medicare, así como consejos para detectar y denunciar el fraude, visite stopmedicarefraud.gov o comuníquese con su programa SMP local. Vea la página 138.

También puede ingresar a oig.hhs.gov, o llamar a la línea de fraude de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-377-4950.

Los planes deben cumplir los reglamentos

Los [planes de salud de Medicare](#) deben cumplir las normas sobre la comercialización de los planes y la obtención de la información para la inscripción. No pueden pedirle la información sobre su tarjeta de crédito o su cuenta bancaria por teléfono o por correo electrónico, a menos que usted ya sea miembro del plan. Los planes Medicare no pueden inscribirlo por teléfono a menos que usted los llame y se los pida.

¡Importante!

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para denunciar a cualquier plan:

- Que le pida su información personal por teléfono
- Que lo llame para inscribirlo en un plan
- Que utilice información engañosa

También puede comunicarse con el Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) llamando al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). EL MEDIC ayuda a prevenir las actividades ilegales y lucha contra el fraude, las pérdidas y el abuso en los planes Medicare Advantage (Parte C) o los planes Medicare de medicamentos recetados (Parte D).

Para más información sobre los reglamentos que deben cumplir los planes de Medicare, visite Medicare.gov/publications y consulte la publicación “*Protéjase y proteja a Medicare del fraude*”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Usted podría ganar dinero si lucha contra el fraude

Si cumple ciertos requisitos, usted podría ser recompensado por luchar contra el fraude. Visite stopmedicarefraud.gov, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Investigar una denuncia de fraude toma tiempo

Medicare toma seriamente cualquier denuncia de sospecha de fraude. Cuando usted denuncia un fraude, tal vez no obtenga una respuesta inmediata. Recuerde que investigar una sospecha de fraude toma tiempo, pero queremos asegurarle que la información que nos provea nos ayudará a combatirlo.

¿Está protegido mi derecho a mi información médica personal?

En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de pedirle y recibir copias de su historial médico ya sea en forma electrónica o por escrito a cualquier profesional de la salud. Su derecho incluye:

- El derecho de obtener su información médica electrónicamente o impresa
- El derecho de saber quién tuvo acceso a ella
- El derecho a corregir cualquier error en su información médica
- El derecho a recibir el aviso sobre prácticas de confidencialidad
- El derecho a presentar una queja

Si desea más información o cree que se han violado sus derechos, visite hhs.gov/ocr o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-800-537-7697.

¿Cuál es la función del Intermediario de Medicare para el Beneficiario?

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

- La cobertura de Medicare
- La información para tomar decisiones de salud acertadas
- Sus derechos y protecciones si está en Medicare
- Cómo hacer para que se solucionen sus problemas

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

Si desea más información sobre el Intermediario de Medicare, preguntas, quejas y lo que necesitan saber los beneficiarios de Medicare, visite Medicare.gov.

¿Qué son las instrucciones anticipadas (voluntades anticipadas)?

Las instrucciones anticipadas son documentos legales que le permiten expresar por escrito su voluntad sobre su atención médica, por si llegar a el momento en que esté tan enfermo que no pueda manifestarlo por usted mismo.

Estos documentos legales le garantizan que se cumpla su voluntad sobre el cuidado de su salud, pero es importante que hable sobre sus deseos con sus familiares, amigos y médicos. Es importante que también les entregue una copia de sus instrucciones anticipadas. Siempre es mejor pensar y tomar estas decisiones mientras esté sano y no haya una crisis.

Las voluntades anticipadas, por lo general incluyen:

- **Un poder legal para decisiones médicas (*Health Care Proxy*)**—es un poder que usted le otorga a una persona de su confianza para que legalmente tome las decisiones sobre su salud si llegado el momento usted no pudiera hacerlo.
- **Testamento vital o testamento en vida**—es otra manera de expresar sus deseos. Estipula cuál es el tratamiento médico que aceptaría o rechazaría si su vida corriera peligro.
- **Deseos para después de su muerte**—que pueden incluir sus deseos sobre la donación de órganos y tejidos.

Cada estado tiene sus propias leyes sobre las voluntades anticipadas. Algunos estados le permitirán combinarlas en un solo documento.

¿Qué pasa si ya tengo mis instrucciones anticipadas?

Si usted ya tiene sus instrucciones anticipadas, revíselas para asegurarse de que está satisfecho con ellas y de que su representante legal aún desea llevar a cabo sus instrucciones. Averigüe cómo cancelarlas o actualizarlas en su estado si es que ya no reflejan sus deseos.

Si desea más información, comuníquese con su proveedor de salud, un abogado, su Agencia Local de Envejecimiento, o su departamento estatal de salud, o visite Eldercare.gov.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Sección 10—

Si desea más información

¿Dónde puedo obtener ayuda personalizada?

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

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

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

- Hable claramente, tenga a mano su tarjeta de Medicare y proporcioneles su número de Medicare, de este modo reducirá el tiempo que le toma comunicarse con un agente. También le permitirá escuchar mensajes que podrían afectar su cobertura y nos permitirá comunicarlo con un representante a la brevedad.
- Para proporcionar su número de Medicare, diga claramente los números y letras uno por uno. También puede ingresarlos usando las teclas del teléfono. Use la tecla de asterisco para indicar cualquier lugar donde haya una letra. Por ejemplo si su número de Medicare es “000-00-0000A, usted debe marcar 0-0-0-0-0-0-0-0-*. El sistema automatizado de voz le preguntará cuál es la letra.
- Use una o dos palabras para describir brevemente el motivo de su llamada.

Consejo:

- Diga “Agente” (*Agent*) en cualquier momento para hablar con un representante de servicio al cliente.
- Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés o español, dígaselo al operador.

¿Necesita que alguien llame al 1-800-MEDICARE por usted?

¡Importante!



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

¿Le llega a su casa más de una copia del manual “Medicare y Usted”?

Si en el futuro desea recibir una sola copia, llame al 1-800-MEDICARE. Si desea una copia electrónica del manual, visite Medicare.gov/gopaperless.

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

Estos son programas estatales que reciben dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita a las personas con Medicare.

Los SHIP son programas independientes que no tienen relación con ningún seguro o plan médico, los voluntarios de SHIP trabajan para ayudarlo con las inquietudes y preguntas siguientes:

- Sus derechos si está inscrito en Medicare
- Sus problemas con la facturación
- Las quejas sobre su atención o tratamiento médico
- Sus opciones de planes
- La manera en que Medicare trabaja con su otro seguro

El número de teléfono aparece en la página 149. Si desea ser un asesor voluntario de SHIP, llame al SHIP de su estado para obtener información.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

¿Dónde puedo obtener información general sobre Medicare?

Visite Medicare.gov

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

¿Dónde puedo obtener información personalizada sobre Medicare?

Inscríbase en MiMedicare.gov

- Complete el Cuestionario Inicial de Inscripción para que sus facturas se paguen correctamente.
- Controle su información médica (como sus problemas de salud, alergias o dispositivos implantados).
- Inscríbase para recibir el manual “Medicare y Usted” electrónicamente (E-Manual). Si solicita el E-Manual, ya no recibirá la copia impresa.
- Agregue o modifique la información sobre sus medicamentos y farmacia y fíjese en los costos de sus medicamentos.
- Haga una lista de sus proveedores preferidos y vea la información sobre la calidad de los servicios que prestan.
- Controle las reclamaciones al Medicare Original y el pago del [deductible](#) de la Parte B.
- Vea y ordene copias del Resumen de Medicare.



Acceda a su información médica personal usando el “Botón azul” de Medicare. El mismo le permitirá descargar las reclamaciones de las Partes A y B de 12–36 meses y, 12 meses de reclamaciones de la Parte D. Esta información le ayudará a tomar decisiones informadas y les permitirá a sus proveedores obtener una visión más completa de su historial clínico. Visite MiMedicare.gov para inscribirse y usar el “Botón azul”.

Una vez use el botón azul, tendrá una variedad de servicios y aplicaciones disponibles que le ayudarán a analizar su información médica. Visite bluebuttonconnector.healthit.gov para aprender más sobre estas herramientas útiles y cómo proteger su información.

¿Cómo puedo comparar la calidad de los planes y proveedores?

Medicare obtiene información sobre la calidad y la seguridad de los servicios brindados por la mayoría de los [planes de salud de Medicare](#) y proveedores, así como sobre las experiencias de las personas que reciben los servicios.

Compare la calidad de los servicios (qué tan bien se desempeñan los planes y proveedores para brindar la mejor atención posible) proporcionados por los planes de salud y de medicamentos y por los proveedores a nivel nacional, en Medicare.gov o llamando al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en la página 149.

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

- “Compare los hospitales”
- “Compare los asilos para ancianos”
- “Compare las agencias para el cuidado de la salud en el hogar”
- “Compare los centros de diálisis”
- “Compare los médicos”
- “Buscador de planes Medicare”

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Estas herramientas de búsqueda de Medicare.gov le brindan un panorama sobre la calidad de los servicios brindados por algunos planes y proveedores. El localizador de planes y la comparación de los asilos para ancianos tienen un sistema de clasificación por estrellas que le permite comparar los planes y las mediciones sobre la calidad que sean importantes para usted. Si desea más información:

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

¿Qué hace Medicare para coordinar mejor mi atención médica?

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

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

Archivos Médicos Electrónicos (EHR en inglés)—Un archivo seguro y confidencial que su médico y otros proveedores de la salud, el personal del consultorio o del hospital, mantienen en una computadora con la información sobre su salud y/o tratamientos.

- Los EHR pueden reducir las probabilidades de que se cometan errores médicos, eliminar la duplicación de exámenes y mejorar la calidad general de la atención médica.
- Los EHR pueden enlazar al hospital, laboratorio, farmacia y otros proveedores para que obtengan información actualizada sobre su salud. Usted también tiene derecho a solicitar una copia de su historial clínico para guardarla y asegurarse de que la información sea correcta y esté actualizada.

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

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

Organizaciones Responsables de la Atención Médica/ Organizaciones Responsables por el Cuidado de la Salud (ACO en inglés)—Estas organizaciones están formadas por un equipo de proveedores de la salud que aceptan trabajar en forma conjunta con Medicare para mejorar la atención de los pacientes. Algunos médicos y proveedores de la salud deciden participar en una ACO para brindar servicios más coordinados centralizados en el paciente. Las ACO están diseñadas para ayudar a los médicos y proveedores de la salud a trabajar en cooperación obteniendo la información más actualizada sobre su salud.



Si usted está inscrito en el Medicare Original y su médico decide participar en una ACO, se le informará cuando visite el consultorio médico. Usted verá un cartel con información sobre la participación de su médico en una ACO. Si lo desea, su médico también le dará esta información por escrito o puede recibir una carta por correo.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA en inglés) permite que Medicare comparta información con otras entidades como parte de las “operaciones del cuidado de la salud”. Las ACOs trabajan con sus médicos y otros proveedores de la salud para coordinar el servicio y cuidado y calificarlos como “operaciones del cuidado de la salud.” Tenemos protecciones establecidas para asegurar que las ACOs utilicen la información adecuadamente.

El cartel también le explicará que Medicare compartirá la información sobre los servicios que recibe de sus proveedores de la salud. Con esta información los médicos de la ACO se enterará acerca de los tratamientos que ha recibido de su médico y de este modo tendrán una idea más clara de su estado de salud. Si tiene preguntas sobre la información que puede compartir la ACO a la que pertenece su proveedor, hable con su médico o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted puede pedirle a Medicare que no comparta cierta información con la ACO sobre el cuidado que recibió de sus médicos y otros proveedores de la salud. Llame al 1-800-MEDICARE y díganos que no quiere compartir esta información. Usted puede cambiar sus preferencias sobre cómo comparte su información médica en cualquier momento llamando al 1-800-MEDICARE.

Sus beneficios, servicios y protecciones de Medicare no cambiarán si su médico participa en una ACO. Usted podrá tratarse con cualquier médico u hospital que acepte Medicare en cualquier momento, tal y como lo hace ahora.

Si desea más información visite Medicare.gov/acos.html o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

¿Hay otras maneras de obtener información sobre Medicare?

Publicaciones



Visite Medicare.gov/publications para ver, imprimir o descargar copias de los folletos, hojas informativas o panfletos de Medicare sobre distintos temas. Usted puede hacer la búsqueda por palabra clave (por ejemplo “derechos” o “salud mental”), o puede escoger “Vea todas las publicaciones”. Si la publicación que le interesa tiene un casillero después de “Ordene la publicación”, significa que puede solicitar una copia impresa. O, puede llamar al 1-800-MEDICARE y decir “Publicaciones” para averiguar si le pueden mandar una copia impresa

de la publicación que le interesa. Las publicaciones están disponibles en otros formatos sin cargo. Vea la cara interna de la última página si desea información y tiene una incapacidad.

Videos

Visite [YouTube.com/cmshhsgov](https://www.youtube.com/cmshhsgov) para ver videos sobre una amplia gama de temas en el canal YouTube de Medicare.

Blogs

Visite blog.medicare.gov para noticias actualizadas y otra información de nuestros sitios web.

Recursos para los cuidadores

Medicare tiene recursos para que las personas que cuidan a otros obtengan la información que necesitan. Para averiguar:

- Visite Medicare.gov para ayudarle a la persona a quien cuida, a escoger un plan de medicamentos, comparar un asilo para ancianos, con las facturas, y más.
- Visite el Localizador Eldercare, un servicio público de la Administración para Envejecimiento de los Estados Unidos, en Eldercare.gov o llame al 1-800-677-1116 para buscar ayuda para que lo cuiden en su zona.
- Visite la sección sobre Pacientes y Familias en HealthIT.gov para obtener información sobre los recursos de Internet y otras herramientas para ayudar a los cuidadores.

Programa de Pago Abierto

A veces, los médicos y los hospitales tienen relaciones financieras con industrias que se especializan en la atención médica. Estas relaciones pueden incluir dinero para investigaciones, regalos, honorarios por hablar en público, comidas o viajes. El Pago Abierto es un programa administrado por el gobierno federal que recoge información sobre este tipo de relaciones financieras y la pone a su disposición. El programa tiene una base de datos nacionales donde usted puede averiguar si sus proveedores de la salud tienen cualquiera de estas relaciones y estará más informado sobre cómo estas relaciones pueden afectar las decisiones de su cuidado médico. Visite cms.gov/openpayments para más información.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 153–156.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

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

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.
La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite shiptacenter.org, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048. Gracias.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite shiptacenter.org, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048. Gracias.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite shiptacenter.org, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048. Gracias.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite shiptacenter.org, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048. Gracias.

Sección 11—Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Médico de cabecera—Es el médico a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Es el que se encarga de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano. También es el que lo refiere a otro proveedor de la salud y habla con otros médicos sobre su cuidado. En muchos Planes Medicare Advantage, antes de ver a cualquier otro médico, usted debe consultar primero a su médico de cabecera.

Necesario por razones médicas—Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud y cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica.

Organización para Mejoras de la Calidad (QIO en inglés)—Un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare.

Período de beneficio—La forma en que el Medicare Original mide su uso de los servicios de hospital y de Centros de Enfermería Especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día que usted es admitido al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido los servicios del hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital o al SNF después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficio. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

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

Los programas PACE son un tipo especial de plan de salud de Medicare que puede ser ofrecido por una entidad pública o privada y que además de los servicios de las Partes A y B, también ofrecen los beneficios de la Parte D.

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

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

Profesional de cuidado primario—Un médico cuya especialización en la medicina interna o cuidado familiar, geriátrico o pediatría, una enfermera clínica especializada o un asistente médico.

Programas piloto—Proyectos especiales a veces también conocidos como “estudios investigativos” que prueban mejoras en la cobertura, los precios y la calidad de los servicios de Medicare. Generalmente se llevan a cabo por un tiempo limitado, para un grupo específico de beneficiarios y en ciertas zonas.

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

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

TTY—Teléfono de texto; es un dispositivo de comunicación para sordos, personas con impedimentos auditivos o aquellos con impedimentos graves del habla. Las personas que no tienen un TTY pueden comunicarse con un usuario TTY a través de un centro de mensajes (MRC). Este centro tiene operadores TTY disponibles para enviar e interpretar mensajes TTY.

Notas

Ayuda y servicios auxiliares para personas con incapacidades

Medicare está dedicado a ofrecerles a todos sus beneficiarios los programas, beneficios, servicios, dependencias, información y su tecnología, en cumplimiento con las Secciones 504 y 508 de la Ley de Rehabilitación del 1973. Medicare tomará las medidas necesarias para asegurarse de que las personas incapacitadas, entre los que se incluyen los que tiene problemas auditivos, son sordos, ciegos, tienen problemas visuales u otro tipo de limitaciones, tengan las mismas oportunidades de participar y aprovechar los programas y beneficios disponibles. Medicare ofrece varios servicios y ayuda para facilitar la comunicación con las personas incapacitadas incluyendo:

- **Servicios de retransmisión de mensajes** — Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Formatos alternativos** — Los productos de Medicare, incluyendo este manual, están disponible en letra grande, versión digital, Braille y audio.
 - Para pedir una publicación de Medicare en un formato alternativo, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Para todas las otras publicaciones de CMS:
 1. Llame al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-844-716-3676.
 2. Envíe un fax al 1-844-530-3676.
 3. Envíe un correo electrónico a AltFormatRequest@cms.hhs.gov.
 4. Envíe una carta a:
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Oficina de Igualdad de Oportunidades en
el Empleo y Derechos Civiles
(OEOCR en inglés)
7500 Security Boulevard, Room N2-22-16
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Equipo de Formatos Alternativos

Nota: Para pedir una publicación de CMS debe incluir lo siguiente: Su nombre, número telefónico, dirección postal donde se debe enviar el producto, título y número de la publicación, si lo tiene. También incluya el formato que necesita.

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluye, niega beneficios o discrimina contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, género o edad en la admisión, participación o recibimiento de servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, ya sean llevadas a cabo directamente o a través de CMS, un contratista o cualquier otra entidad con la que CMS se asocie para administrar sus programas y actividades. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles:

- Llamando al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Visitando hhs.gov/ocr/civilrights/complaints.
- Escribiendo a la:

Oficina de Derechos Civiles del
Departamento de Salud y Servicios Humanos
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

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

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 10050-S
Septiembre 2015

Manual Nacional de Medicare

- Disponible en Braille, CD, letra grande (en inglés y español) o como un libro electrónico.
- ¿Tiene un nuevo domicilio? Visite socialsecurity.gov o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si recibe beneficios del RRB, llame al 1-877-772-5772.
- Los usuarios de TTY deben llamar al 1-312-751-4701.

Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés o español, llame al 1-800-MEDICARE y diga “Agente” (“Agent”). Cuando le comuniquen dígale al representante cuál es el idioma que desea.



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



10% de papel reciclado