

Guía sencilla sobre Medicare

Medicare Made Clear[®] fue
creado para usted por
UnitedHealthcare





Estamos aquí para ayudarle

Una vez que cumple los requisitos de Medicare, usted tiene decisiones importantes que tomar. Nuestro objetivo es ayudarle a comprender sus opciones y a sentirse seguro de la elección de cobertura según sus necesidades, tanto cuando se inscribe por primera vez como todos los años de ahí en adelante.



Descripción General de Medicare

Requisitos e inscripción	4
Opciones de cobertura	6
Gastos de su bolsillo	8



Cobertura y Costos

Partes A y B de Medicare: Medicare Original	10
Parte C de Medicare: Medicare Advantage	16
Parte D de Medicare: Cobertura de medicamentos con receta	20
Seguro complementario de Medicare: Medigap	26



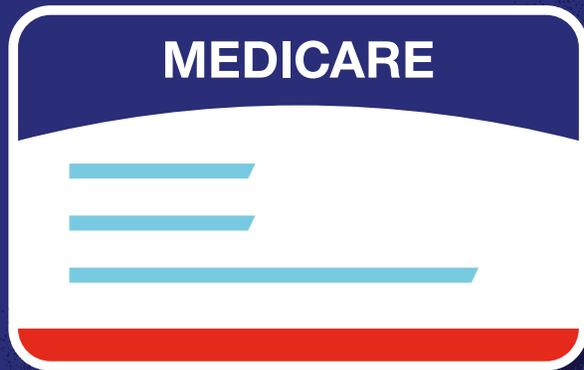
Inscripción

Cuándo inscribirse	34
Cuándo puede hacer un cambio	36
Combinaciones de cobertura	38
Ejemplos de coberturas de Medicare	40



Recursos

Consejos prácticos sobre Medicare	46
Ayuda para pagar Medicare	50
Contactos y sitios web	52
Planillas de trabajo de Medicare	53
Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud	54
Preguntas y respuestas frecuentes sobre Medicare	56
Glosario	58



El primer paso es averiguar si cumple los requisitos

Medicare es un programa federal que ofrece seguro de salud a ciudadanos estadounidenses y a otras personas que cumplen los requisitos por la edad, una discapacidad o una condición médica que califica. Medicare es un seguro individual y no cubre cónyuges o dependientes.

Para cumplir los requisitos de Medicare, debe ser ciudadano estadounidense o residente legal

Los residentes legales deben vivir en los EE. UU. como mínimo durante 5 años consecutivos, incluidos los 5 años anteriores a solicitar Medicare.

Además, usted debe cumplir uno de los siguientes requisitos:

- Mayor de 65 años de edad
- Menor de 65 años con una discapacidad que califica
- Cualquier edad con un diagnóstico de enfermedad renal en etapa terminal o esclerosis lateral amiotrófica (ALS)

Cuándo hay que inscribirse:

- Se le inscribirá automáticamente en la Parte A y en la Parte B de Medicare si usted está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario en el momento en que empieza a cumplir los requisitos. Recibirá su tarjeta de Medicare por correo.
- Debe inscribirse en Medicare por su cuenta si no recibe beneficios del Seguro Social en el momento en que empieza a cumplir los requisitos. Visite ssa.gov/benefits/medicare para inscribirse por Internet, o llame o visite la oficina local del Seguro Social.



Medicare no es Medicaid

Tanto Medicare como Medicaid son programas del gobierno. Ambos programas ayudan a las personas a pagar el cuidado de la salud. Pero ahí acaban las similitudes. Por lo general, Medicare es para personas mayores o discapacitadas. Medicaid es para personas con ingresos y recursos limitados. Medicare depende del gobierno federal. Los programas de Medicaid dependen de los estados.

¿Cumple 65 años de edad?

Usted cumple los requisitos de Medicare a los 65 años de edad

Tiene un Período de Inscripción Inicial (Initial Enrollment Period, IEP) para Medicare de 7 meses. Este período incluye el mes en el que cumple 65 años, los 3 meses anteriores y los 3 meses posteriores. Comienza y termina un mes antes si su cumpleaños es el primer día del mes.

Inscríbase temprano

La cobertura comienza el primer día del mes en que cumple 65 años si su inscripción se completa durante los 3 primeros meses de su Período de Inscripción Inicial. Si su cumpleaños es el primero del mes, su cobertura comienza el mes anterior. Es posible que se demore la fecha de inicio de su cobertura si se inscribe más tarde.

Usted tiene opciones

Puede inscribirse en la Parte A o en la Parte B de Medicare, o en ambas. También puede agregar cobertura adicional, como por ejemplo un plan Medicare Advantage, un plan de la Parte D o un plan de seguro complementario de Medicare (Medigap).

Si usted tiene una discapacidad o condición médica

Se le inscribirá automáticamente en las Partes A y B de Medicare después de 24 meses de discapacidad. Igualmente tendrá un Período de Inscripción Inicial de 7 meses. El momento de inscripción para las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o esclerosis lateral amiotrófica (ALS) se basa en el momento de diagnóstico y en otros factores.

¿Trabaja después de los 65 años?

Igualmente tiene un Período de Inscripción Inicial

Aunque tenga cobertura a través de un plan del empleador (el suyo o el de su cónyuge que trabaja), tendrá que tomar decisiones sobre Medicare a los 65 años. Su Período de Inscripción Inicial tiene lugar cuando usted cumple 65 años, ya sea que siga trabajando o no. Según la cobertura del empleador que tenga, es posible que pueda demorar la inscripción en Medicare sin una multa.

Hable con el administrador de beneficios de su empleador para comprender sus opciones y determinar si su cobertura se considera “acreditable”.

Quizás pueda demorar la inscripción si:

- El empleador tiene 20 empleados o más
- El seguro de salud proporcionado por el empleador se considera “acreditable”
- El empleador no exige que los cónyuges cubiertos se inscriban en Medicare a los 65 años para permanecer en el plan del empleador

Preste atención a los detalles

Usted debe dejar de contribuir a una cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA) una vez que se inscribe en la Parte A o Parte B. Además, consiga un aviso de “cobertura de medicamentos acreditable” del administrador de su plan. Debe contar con esta documentación para evitar la multa de la Parte D si tiene pensado demorar la inscripción.

Ahora, veamos sus principales opciones de cobertura



Puede quedarse con Medicare Original u obtener más cobertura

Medicare Original (Partes A y B) le ayuda a pagar las visitas al proveedor y las estadías en el hospital, pero no cubre todo.

Muchas personas eligen cobertura adicional inscribiéndose en uno o más planes privados de Medicare o relacionados con Medicare, entre ellos:



Planes de medicamentos con receta (Parte D)

Los planes de medicamentos con receta de Medicare (Parte D) ayudan a pagar los medicamentos recetados por un proveedor con licencia u otro profesional de cuidado de la salud.



Planes de seguro complementario de Medicare

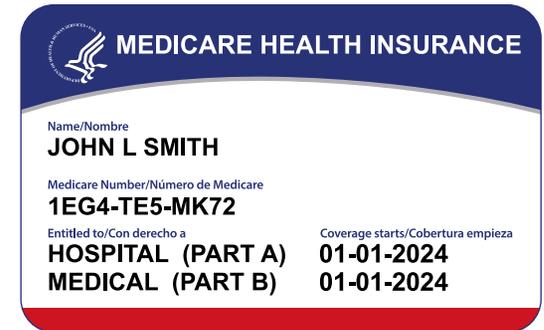
Los planes de seguro complementario de Medicare (Medigap) ayudan a pagar algunos de los gastos de su bolsillo que Medicare Original no paga.



Planes Medicare Advantage (Parte C)

Los planes Medicare Advantage (Parte C) combinan la Parte A, la Parte B y a menudo la cobertura de medicamentos con receta (Parte D). Es posible que algunos planes ofrezcan beneficios adicionales, como cobertura para cuidado dental y de la vista de rutina.

Opciones de Cobertura de Medicare



Paso uno

En primer lugar, debe inscribirse en Medicare Original

Proporcionado por el gobierno federal



Parte A

Ayuda a pagar las estadías en el hospital y el cuidado para pacientes hospitalizados



Parte B

Ayuda a pagar las visitas a proveedores con licencia y el cuidado para pacientes ambulatorios

Paso dos

Ahora, puede analizar opciones de cobertura adicional

Ofrecida por compañías de seguros privadas

Opción 1



Plan de la Parte D de Medicare

Ayuda a pagar los medicamentos con receta cubiertos

Y también puede agregar:



Seguro complementario de Medicare (Medigap)

Ayuda a pagar algunos de los gastos de su bolsillo que Medicare Original no paga

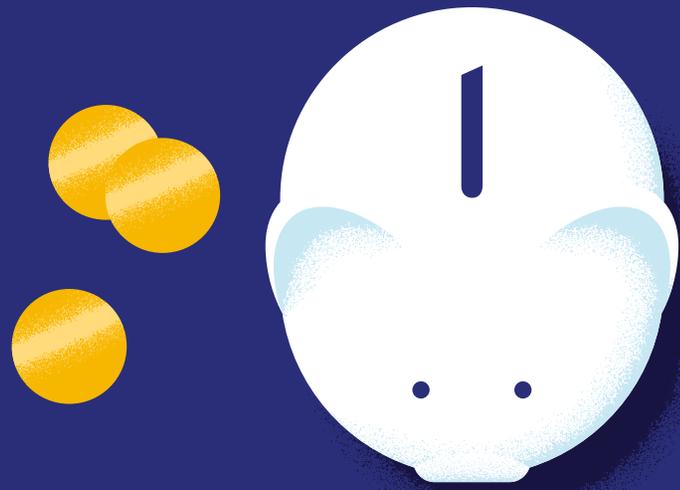
Opción 2



Planes Medicare Advantage (Parte C)

Combina la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare Original en un plan

- Generalmente, incluye cobertura de medicamentos con receta (Parte D)
- Es posible que ofrezca beneficios adicionales, como cobertura dental y de la vista



Asegúrese de considerar todos sus costos

Medicare no es gratis. Lo que usted pague dependerá de la cobertura que elija y de los servicios para el cuidado de la salud que reciba.

Costos que puede pagar con Medicare:

Prima

La Parte B de Medicare tiene una prima mensual. Algunas personas también pagan una prima por la Parte A de Medicare. Es posible que los planes Medicare Advantage (Parte C) y de la Parte D también tengan primas, y las cantidades variarán según la compañía de seguros y el plan.

Deducible

Una cantidad fija que usted paga por servicios cubiertos antes de que pague su plan.

Por ejemplo:

\$500

Usted paga hasta un límite

El plan paga el resto

Copago

Una cantidad fija que usted paga al momento de recibir un servicio cubierto.

Por ejemplo:

\$20

Usted paga una cantidad fija

El plan paga el resto

Coseguro

Un porcentaje del costo que usted paga por un servicio cubierto.

Por ejemplo:

20%

Usted paga un porcentaje

El plan paga el resto

¹Los ejemplos se usan con fines ilustrativos solamente. Los costos que usted pague podrían ser diferentes.

Sepa si califica para obtener ayuda financiera

Muchas personas asumen que no califican para recibir ayuda, y nunca lo investigan. No cometa ese error.

Si usted tiene un ingreso bajo y pocos bienes, es posible que califique para recibir ayuda a través de uno o más de los siguientes programas:

Medicaid

Medicaid ofrece cobertura de cuidado de la salud para personas y familias con ingresos limitados. También puede ofrecer algunos servicios que no están cubiertos por Medicare. Cada estado crea su propio programa; por ello, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para obtener más información.

Si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, usted tiene “elegibilidad doble”. En este caso, usted mantiene sus beneficios de Medicaid y puede obtener beneficios adicionales de Medicare. Los dos programas pueden funcionar juntos para cubrir la mayor parte de sus costos de cuidado de la salud.

Programa Ayuda Adicional

Este programa ayuda a pagar parte o la totalidad de las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D.

Programas de Ahorros de Medicare

Los Programas de Ahorros de Medicare ayudan a pagar parte o la totalidad de las primas, los deducibles y los coseguros de la Parte A y la Parte B. Además, usted califica automáticamente para el programa Ayuda Adicional si califica para un Programa de Ahorros de Medicare.

Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE)

El Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para personas mayores frágiles que viven en la comunidad, y no en un asilo de convalecencia. Este programa no está disponible en todos los estados.



El ingreso incluye:

El dinero que recibe de beneficios de jubilación u otro dinero que usted informe a fines impositivos. Los niveles de ingresos para cumplir los requisitos varían según el estado y el programa.

Para obtener más información sobre los programas de asistencia financiera para los que podría calificar:



Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov)

También puede comunicarse con la oficina local del Seguro Social, la oficina de Medicaid o con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.

Es posible que haya otros programas de asistencia en su estado



Parte A de Medicare

La Parte A ayuda a pagar las estadias en el hospital cubiertas y la mayoría de los servicios para pacientes hospitalizados

La cobertura incluye:

- Una habitación semiprivada
- Sus comidas en el hospital
- Servicios de enfermería especializada
- Cuidado en unidades especiales, por ejemplo en cuidados intensivos
- Medicamentos, suministros médicos y equipo médico usados durante una estadía como paciente hospitalizado
- Pruebas de laboratorio, radiografías y equipo médico como paciente hospitalizado
- Servicios de quirófano y sala de recuperación
- Algunas transfusiones de sangre en un hospital o en un centro de enfermería especializada
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados o ambulatorios después de una estadía calificada como paciente hospitalizado
- Cuidado especializado a tiempo parcial para el recluido en el domicilio después de una estadía calificada como paciente hospitalizado
- Cuidados paliativos para el enfermo terminal, incluidos medicamentos para manejar los síntomas y controlar el dolor

Costos de la Parte A

Prima

\$0

Por cada mes

Si usted o su cónyuge hicieron contribuciones salariales al Seguro Social por al menos 10 años (40 trimestres).

De lo contrario, su prima podría ser de hasta:

\$505

Por cada mes

Su prima puede ser más alta si no se inscribe en Medicare en el momento en que empieza a cumplir los requisitos.

Deducible

\$1,632

Por cada período de beneficios

Un período de beneficios comienza el día en que usted es admitido en el hospital y finaliza cuando ha estado fuera del hospital 60 días consecutivos.

Coseguro

Es posible que los pacientes con cuidados paliativos a domicilio paguen un pequeño coseguro por el relevo del cuidador como paciente hospitalizado o el equipo médico duradero utilizado en el hogar.

Además, copagos por:

Estadías en el hospital

\$0
Día 0 al 60

\$408
Por cada día,
del día 61 al 90

\$816
Por cada día,
del día 91 en
adelante

Usted tiene 60 días de reserva de por vida de cobertura que puede usar si está en el hospital por más de 90 días.

Cada día de reserva de por vida puede utilizarse solamente una vez, pero usted puede aplicar los días a diferentes períodos de beneficios. Los días de reserva de por vida no se pueden usar para extender la cobertura en un centro de enfermería especializada.

Centros de enfermería especializada

\$0
Día 1 al 20

\$204
Por cada día,
del día 21 al 100

Cuidados paliativos

Los copagos durante los cuidados paliativos a domicilio podrían incluir hasta \$5 por cada medicamento con receta para el manejo de los síntomas y el dolor.



Parte B de Medicare

La Parte B ayuda a pagar el cuidado cubierto en una clínica o en un hospital como paciente ambulatorio

La cobertura incluye:

- Visitas al proveedor con licencia, incluso en el hospital
- Visita de Bienestar Anual
- Servicios de un Centro de Cirugía Ambulatoria (Ambulatory Surgery Center ASC)
- Servicios de la sala de emergencias y de ambulancia
- Servicios de enfermería especializada
- Servicios preventivos, como vacunas antigripales o mamografías
- Servicios de laboratorio clínico, como análisis de sangre y pruebas de orina
- Radiografías, imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (CT), electrocardiogramas (EKG) y algunas otras pruebas de diagnóstico
- Algunos programas de salud, como programas para dejar de fumar, asesoramiento sobre obesidad y rehabilitación cardíaca
- Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje
- Pruebas de detección de la diabetes, información educativa sobre la diabetes y ciertos suministros para la diabetes
- Cuidado de la salud mental
- Equipo médico duradero para usar en el hogar, como sillas de ruedas y andadores
- Visitas de telesalud

No todos los proveedores ofrecen cuidado virtual. Es posible que algunos servicios tengan limitaciones. Los servicios preventivos y las pruebas de detección están cubiertos en cronogramas establecidos, como por ejemplo una vacuna antigripal anual. Otros servicios y suministros cubiertos deben ser médicamente necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad o condición.

Costos de la Parte B

Prima

\$174.70 – \$594.00

Por cada mes

La Parte B tiene una prima mensual que, o bien se deduce de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social, o usted paga directamente a Medicare. Lo que usted paga puede variar según su ingreso declarado a fines impositivos de dos años atrás. Los costos de la prima mensual de la Parte B oscilan de \$174.70 a \$594.00, pero \$174.70 se considera la “cantidad estándar”.

Usted califica para la cantidad estándar si:

- Se inscribe por primera vez en el 2024
- No está recibiendo beneficios del Seguro Social
- Sus primas se le facturan directamente a usted
- Usted tiene Medicare y Medicaid, y Medicaid paga sus primas
- Su ingreso declarado del 2022 fue menor o igual a \$103,000 para individuos o \$206,000 para parejas.

Usted puede pagar menos si:

Usted se inscribió en la Parte B en el 2023 o antes y los pagos de su prima se deducen de su cheque del Seguro Social.

Es posible que usted pague más si:

Usted pagará una cantidad del ajuste mensual relacionado con el ingreso (income related monthly adjustment amount, IRMAA) si su ingreso declarado del 2022 fue superior a \$103,000 para individuos o \$206,000 para parejas. Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener más información sobre el ajuste mensual relacionado con el ingreso.

Deducible

\$240

Por cada año

Coseguro

20%

de los servicios cubiertos

Usted generalmente paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios cubiertos que utiliza, sin máximo anual de gastos de su bolsillo. Medicare paga el 80% restante.

Cantidad aprobada por Medicare:

La cantidad que Medicare decide que se le debe pagar a los proveedores por los servicios cubiertos.

Es posible que los médicos y otros proveedores acepten la asignación y tomen la cantidad aprobada por Medicare como pago total, incluso si es menos de lo que habitualmente cobran.

Los médicos que no aceptan la asignación pueden cobrar más que la cantidad aprobada por Medicare y facturarle la diferencia. La cantidad adicional que pueden facturar se llama “cargo límite”.

- El proveedor solo puede cobrarle hasta un 15% por encima de la cantidad que se les paga a los proveedores no participantes.
- A los proveedores no participantes se les paga el 95% de la cantidad que figura en la lista de tarifas.
- El cargo límite solo se aplica a ciertos servicios cubiertos por Medicare y no se aplica a algunos suministros y equipos médicos duraderos.

Inscríbase en Medicare Original (Partes A y B) a tiempo para evitar las multas por inscripción tardía

Multa por Inscripción Tardía en la Parte A

10%
de la prima

Si usted debe pagar una prima de la Parte A y se inscribe tarde, podría tener que pagar una multa. La multa por inscripción tardía es el 10% de la prima. Usted paga la multa, además de su prima, durante el doble de la cantidad de años que demore la inscripción.

Por ejemplo

Si usted demora la inscripción 2 años, pagará un adicional del 10% de la prima de la Parte A durante 4 años.

$$\begin{array}{c} \mathbf{2} \\ \text{Años de Demora} \end{array} \times \mathbf{2} = \begin{array}{c} \mathbf{4} \\ \text{Años de Multa} \end{array}$$

Multa por Inscripción Tardía en la Parte B

10%
de la prima

La multa de la Parte B es del 10% de la prima mensual por cada período completo de 12 meses que se demore la inscripción. Usted paga la multa, además de su prima, durante el tiempo que tenga la Parte B de Medicare.

Por ejemplo

Si usted demora la inscripción 3 años, pagará un adicional del 30% de la prima de la Parte B durante el tiempo que tenga la Parte B.

$$\begin{array}{c} \mathbf{10\%} \\ \text{de la Prima de la Parte B} \end{array} \times \begin{array}{c} \mathbf{3} \\ \text{Años de Demora} \end{array} = \begin{array}{c} \mathbf{30\%} \\ \text{Multa Total} \end{array}$$

Medicare Original (Partes A y B) no cubre todo, como por ejemplo estos beneficios:



La mayor parte del cuidado fuera de los Estados Unidos



Gastos personales mientras esté hospitalizado, como TV o teléfono



Cuidado de custodia (cuidado que ayuda con las actividades de la vida diaria, como comer o bañarse)



Cuidado a largo plazo



Los días en un hospital psiquiátrico después de ciertos límites establecidos



Días en el hospital después de límites establecidos



Exámenes de la vista de rutina, anteojos o lentes de contacto



Examen de audición de rutina o aparatos auditivos



Cuidado dental de rutina: Exámenes dentales, limpiezas y radiografías



La mayoría de los medicamentos con receta



Beneficios de bienestar, como membresías a un gimnasio



Parte C de Medicare

Los planes Medicare Advantage (Parte C) combinan los beneficios de la Parte A y de la Parte B

Los planes Medicare Advantage son ofrecidos por compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare. Además de los beneficios de la Parte A y de la Parte B, muchos planes ofrecen:



Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D



Examen de audición de rutina y aparatos auditivos



Cuidado dental de rutina



Exámenes de la vista de rutina, anteojos o lentes de contacto



Beneficios de bienestar, como membresías a un gimnasio



Los beneficios varían según el plan y podrían incluir otros beneficios adicionales, como transporte a citas médicas y créditos para comprar productos para la salud.

Los costos del plan Medicare Advantage varían según el proveedor del plan

Los planes Medicare Advantage a menudo ofrecen primas de \$0

- Usted seguirá pagando su prima de la Parte B directamente a Medicare, y también su prima de la Parte A, si la tuviera.
- Algunos planes pueden cobrar primas, deducibles, copagos o coseguro.
- Las primas del plan pueden cambiar todos los años.
- Los copagos pueden variar según el artículo o servicio cubierto.
- Es posible que se apliquen deducibles a los beneficios de medicamentos y no a los beneficios médicos cuando un plan cubre ambos.
- Se puede aplicar un coseguro para algunos servicios.

El lugar en donde reciba el cuidado puede afectar sus costos

Muchos planes Medicare Advantage son planes de cuidado coordinado y tienen un contrato con una red de médicos y hospitales.

Es posible que algunos planes requieran que usted elija un proveedor de cuidado primario de su red, y cada plan crea su propia red. Ciertos tipos de planes pueden dar más libertad para elegir proveedores, pero los costos podrían variar de acuerdo con el proveedor elegido.

Los costos de proveedores y servicios pueden variar según se consideren dentro de la red o fuera de la red. En la mayoría de los casos, usted paga menos por el cuidado recibido de proveedores dentro de la red que de proveedores fuera de la red. Todos los planes deben ofrecer cobertura nacional para cuidado de emergencia, cuidado de urgencia y diálisis renal.

Explicación del máximo de gastos de su bolsillo

Los planes Medicare Advantage deben establecer un máximo de gastos de su bolsillo, que es la cantidad total que usted puede pagar por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos durante el período del plan – generalmente un año calendario. El objetivo del máximo de gastos de su bolsillo es proporcionar un poco de protección financiera para los gastos de su bolsillo. Medicare Original no ofrece un máximo de gastos de su bolsillo.

Los planes pueden tener diferentes máximos de gastos de su bolsillo siempre que la cantidad no exceda el límite máximo de gastos de su bolsillo del año que establece Medicare. Este límite puede cambiar todos los años. Para el 2024, es de \$8,850.

Si usted alcanza el máximo de gastos de su bolsillo, su plan pagará todos sus costos cubiertos por el resto del período del plan.

Es importante comprender que los siguientes costos no cuentan para el máximo de gastos de su bolsillo:

- Pagos de primas
- Costos de medicamentos
- Costos de servicios de salud adicionales que un plan puede ofrecer, como servicios para la vista o dentales

La cobertura y los costos de Medicare Advantage variarán de un plan a otro, y según la ubicación y el proveedor del plan

Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)



Red

Requiere que usted busque cuidado de proveedores en su red y que elija un proveedor de cuidado primario, que puede manejar todo el cuidado que usted recibe de especialistas.



Costos Adicionales

NO cubre ningún costo del cuidado fuera de la red del plan, salvo el cuidado de emergencia, el cuidado de urgencia y la diálisis renal.



Referencias

PUEDE requerir que obtenga una referencia para servicios especializados.

Planes de Punto de Servicio (Point of Service, POS)



Red

Un tipo de plan HMO que le permite consultar a proveedores fuera de la red del plan para ciertos servicios cubiertos.



Costos Adicionales

El cuidado fuera de la red **PUEDE** resultar en copagos o coseguros más altos.



Referencias

PUEDE requerir que obtenga una referencia para servicios especializados.

Planes de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)



Red

Cuenta con una red de proveedores que usted puede usar, pero también ofrece más libertad para elegir médicos y otros proveedores fuera de la red del plan para todos los servicios cubiertos.



Costos Adicionales

El cuidado fuera de la red **PUEDE** resultar en copagos o coseguros más altos.



Referencias

NO requiere que obtenga una referencia para servicios especializados.

Los planes Medicare Advantage operan dentro de zonas geográficas definidas llamadas áreas de servicio. Usted debe vivir en el área de servicio de un plan para ser miembro. Es posible que tenga los siguientes planes para elegir:

Planes Privados de Tarifa por Servicio (Private-Fee-For-Service, PFFS)



Elección del Proveedor

Generalmente, usted **PUEDE** consultar a cualquier proveedor en los Estados Unidos que acepte Medicare y los términos y las condiciones de pago del plan.



Diseño del Plan

Varía en cuanto a la cobertura y los costos.



Referencias

NO requiere que obtenga una referencia para servicios especializados.

Planes para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plans, SNP)



Diseño del Plan

Diseñado para personas con necesidades de cuidado de la salud específicas, y normalmente tiene requisitos de participación específicos del plan.

- Planes para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual-Eligible Special Needs Plans, D-SNP) para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid.
- Planes para Personas con Necesidades Especiales por Condiciones Crónicas (Chronic Special Needs Plans, C-SNP) para personas que viven con condiciones crónicas que califican.
- Planes Institucionales para Personas con Necesidades Especiales (Institutional Special Needs Plans, I-SNP) para personas que viven en un centro de enfermería especializada contratado.
- Planes para Personas con Necesidades Especiales Equivalentes a los Institucionales (Institutional-Equivalent Special Needs Plans, IE-SNP) para personas que viven en una residencia de vivienda asistida y necesitan la misma clase de cuidado que aquellas que viven en un centro de enfermería especializada.



Cuidado Adicional

PUEDE proporcionar administradores de cuidado de la salud o enfermeras especialistas para ayudar a los miembros a recibir el cuidado que necesitan.

Planes de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA)



Diseño del Plan

Combina un plan de salud con deducible alto con una cuenta de ahorros especial.



Cobertura

Los fondos recibidos de Medicare se depositan en la cuenta de ahorros y se pueden retirar libres de impuestos para pagar gastos calificados de cuidado de la salud.



Medicamentos con Receta

NO incluye cobertura de medicamentos con receta.



Parte D de Medicare

La Parte D de Medicare proporciona cobertura para recetas y algunas vacunas

La cobertura incluye:



Medicamentos recetados más comúnmente para beneficiarios de Medicare según lo determinen los estándares federales



Medicamentos de marca específicos y medicamentos genéricos incluidos en el Formulario del plan (lista de medicamentos cubiertos)



Vacunas disponibles comercialmente no cubiertas por la Parte B

Los planes de la Parte D generalmente no cubren:

- Los medicamentos no indicados en el Formulario de un plan
- Los medicamentos recetados para anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Los medicamentos con receta para la fertilidad y la disfunción sexual o eréctil (erectile dysfunction, ED)
- Medicamentos con receta con fines estéticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y minerales con receta
- Medicamentos sin receta (por ejemplo, medicamentos de venta libre)

Puede obtener cobertura de medicamentos con receta (Parte D) a través de una compañía de seguros privada de una de dos maneras: un plan independiente de la Parte D o un plan Medicare Advantage que incluya cobertura de la Parte D

Las páginas siguientes describen lo que debe tener en cuenta a la hora de elegir un plan de la Parte D, por ejemplo:

1 Los costos varían según el plan y el proveedor

2 Cada plan tiene su propio Formulario (lista de medicamentos)

3 Algunos planes tienen farmacias de la red

4 Sus costos pueden variar según la etapa de cobertura de medicamentos en la que se encuentre



Una nota para los veteranos

Es posible que las personas que tienen beneficios a través del Departamento de Asuntos de los Veteranos puedan obtener cobertura de medicamentos con receta mediante este Departamento y quizás no necesiten cobertura de medicamentos de Medicare. Hable con su administrador de beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos antes de tomar alguna decisión.



Debe vivir en el área de servicio del plan de la Parte D o del plan Medicare Advantage que incluya cobertura de la Parte D para inscribirse.



Puede encontrar explicaciones sobre los costos específicos de los medicamentos en su Evidencia de Cobertura o en el Resumen de Beneficios de cada plan de la Parte D.

Los costos del plan de la Parte D varían según el plan y el proveedor que elija

Prima

Los planes independientes de la Parte D cobran una prima, y la cantidad dependerá del plan. Los planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos pueden cobrar o no una prima. Si lo hacen, generalmente cobran una prima por todos los beneficios del plan — médicos, hospitalarios y medicamentos con receta.

Deducible

Es posible que algunos planes—de la Parte D o Medicare Advantage—cobren un deducible y otros no. Los planes también pueden tener un deducible para ciertos medicamentos y no para otros. Los deducibles pueden variar de un plan a otro y de un nivel de medicamentos a otro. Sin embargo, Medicare establece todos los años un deducible máximo que los planes de la Parte D pueden cobrar. El límite del deducible anual para el 2024 es de \$545.

Copago

Generalmente, se requiere un copago cada vez que surte una receta para un medicamento cubierto. Los copagos pueden variar según los niveles del formulario de un plan (normalmente cuanto más bajo el nivel, más bajo el costo) y la farmacia que usted use (dentro de la red o fuera de la red). Cada plan establece sus propias condiciones y copagos, y pueden variar de un plan a otro.

Coseguro

Algunos planes también pueden establecer tarifas de coseguro para determinados medicamentos o niveles de medicamentos. Le recomendamos revisar detenidamente las condiciones del coseguro del plan para comprender cuánto pagará usted y cuánto pagará el plan.



Algunos planes tienen una red de farmacias para que usted elija, mientras que otros planes pueden ofrecer cobertura en todo el país.

Si un plan tiene una red de farmacias, sus costos podrían ser más altos si usted surte una receta fuera de la red.



Además, los planes pueden ofrecer oportunidades de ahorro, como un beneficio de farmacia de pedidos por correo.

Revise el formulario del plan para ver si sus medicamentos están cubiertos

Un formulario es una lista de medicamentos con receta cubiertos por un plan.

Medicare establece estándares para los tipos de medicamentos que los planes de la Parte D deben cubrir, pero cada plan elige los medicamentos específicos de marca y genéricos que se incluyen en su formulario.

- Los planes pueden agregar o quitar medicamentos específicos de su formulario de un año a otro.
- Se pueden realizar cambios durante el año bajo ciertas circunstancias, por ejemplo si un medicamento es retirado del mercado.
- La compañía de seguros de su plan le notificará cuando se produzcan cambios, si esto afecta un medicamento que usted está tomando.

Los costos totales de sus medicamentos con receta también se verán afectados por:

1. La cantidad de medicamentos con receta que toma
2. La frecuencia con que los toma
3. Si los obtiene en una farmacia dentro de la red o fuera de la red
4. La Etapa de Cobertura de la Parte D en la que se encuentra

Obtenga más información sobre las etapas de cobertura de medicamentos en la página siguiente

Los costos de sus medicamentos pueden variar según los niveles de medicamentos del plan

Niveles del formulario	Nivel 1	\$
Por lo general, los medicamentos en los niveles bajos cuestan menos que los medicamentos en los niveles altos. Además, los planes pueden cobrar un deducible por ciertos niveles de medicamentos y no por otros, o bien, el deducible puede diferir según el nivel.	Nivel 2	\$\$
	Nivel 3	\$\$\$
	Nivel 4	\$\$\$\$
	Nivel 5	\$\$\$\$\$

Además de los niveles, los planes también pueden requerir terapia escalonada para ciertos medicamentos.

Con la terapia escalonada, usted primero debe probar un medicamento de bajo costo que ha demostrado ser eficaz para tratar su condición antes de que el plan cubra un medicamento más costoso. Si el medicamento de bajo costo no funciona, usted y su profesional que receta pueden solicitar la aprobación del plan para probar el tratamiento del siguiente nivel.

Es posible que pase por diferentes etapas de cobertura de medicamentos durante el año

Existen cuatro etapas, y es importante comprender cómo cada una afecta los costos de sus medicamentos con receta. Quizás usted no pase por todas las etapas. Es posible que las personas que toman pocos medicamentos con receta permanezcan en la **Etapa del Deducible Anual** o pasen solo a la **Etapa de Cobertura Inicial**. Las personas con muchos medicamentos, o con medicamentos de alto costo, podrían pasar a la **Etapa Sin Cobertura** o a la **Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores**.

El ciclo de las etapas de cobertura vuelve a empezar al comienzo de cada año del plan, normalmente el 1 de enero

Deducible Anual	Cobertura Inicial	Etapa Sin Cobertura (Intervalo en la Cobertura)	Cobertura de Gastos Médicos Mayores
<p>Usted paga sus medicamentos hasta alcanzar el deducible de su plan</p> <p>Si su plan no tiene un deducible, su cobertura comienza con la primera receta que surta.</p>	<p>Usted paga un copago o coseguro, y su plan paga el resto</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030 en el 2024.</p>	<p>Usted paga el 25% del costo de los medicamentos cubiertos por la Parte D, tanto de marca como genéricos, en el 2024</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los gastos totales de su bolsillo alcancen los \$8,000 en el 2024.</p>	<p>Usted no paga nada de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por la Parte D. El plan paga la cantidad total.</p> <p>Usted permanece en esta etapa durante el resto del año del plan.</p>

Para obtener más información sobre la Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act, IRA) de Medicare, visite [medicareira.com](https://www.medicareira.com)

Usted entrará en la Etapa Sin Cobertura (Intervalo en la Cobertura) cuando usted y su plan hayan pagado hasta cierto límite por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Una vez que los costos totales de sus medicamentos (pagados entre usted y su plan) alcancen los \$5,030, entrará en la Etapa Sin Cobertura. Permanecerá en la Etapa Sin Cobertura hasta que el total de gastos de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por la Parte D haya alcanzado los \$8,000. Los límites para entrar y salir de la Etapa Sin Cobertura son establecidos por Medicare.

Si usted recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare, la Etapa Sin Cobertura no se aplica a usted.

El programa Ayuda Adicional es para las personas con ingresos limitados que necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D.

Para saber si usted califica para el programa Ayuda Adicional, llame a:

- Medicare al **1-800-Medicare (1-800-633-4227)**, TTY **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778**
- La oficina estatal de Medicaid

¿Qué son los costos totales de los medicamentos?

Lo que usted (u otros en su nombre) y su plan pagan por sus medicamentos con receta cubiertos. Los pagos de la prima de su plan no están incluidos en esta cantidad.

¿Qué son los gastos de su bolsillo?

Lo que usted (u otros en su nombre) paga por sus medicamentos con receta cubiertos más el descuento que proporcionan los fabricantes de medicamentos sobre medicamentos de marca cuando usted está en la tercera Etapa de Cobertura — la Etapa Sin Cobertura (Intervalo en la Cobertura). Las primas de su plan y lo que pagó el patrocinador de su plan de los costos de los medicamentos no se incluyen en esta cantidad.

Multas por inscripción tardía en la Parte D

1%

de la prima

La multa por inscripción tardía en la Parte D es un 1% adicional de la prima básica nacional del beneficiario (national base beneficiary premium, NBBP) por cada mes que usted demoró la inscripción. Usted generalmente paga la multa todos los meses durante el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos de la Parte D. La multa puede aumentar o disminuir de un año a otro, ya que la prima básica nacional del beneficiario cambia todos los años.

Es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si cualquiera de las siguientes situaciones son verdaderas:

- Usted no se inscribió en una cobertura de medicamentos con receta cuando cumplió los requisitos inicialmente para Medicare y no tenía otra cobertura de medicamentos acreditable para calificar para la inscripción durante un Período de Inscripción Especial.
- Usted no se inscribió en una cobertura de medicamentos con receta dentro de los 63 días de perder su cobertura de medicamentos acreditable (normalmente de un plan de salud de un empleador).

Por ejemplo

Si usted demoró la inscripción 29 meses, pagará un adicional del 1% de la prima de la Parte D.

$$\begin{array}{ccc} \mathbf{29} & \times & \mathbf{1\%} = \mathbf{29\%} \\ \text{Meses de} & & \text{Multa} \\ \text{Demora} & & \text{Mensual} \end{array}$$



Medigap

Los planes de seguro complementario de Medicare (Medigap) pueden ayudar a pagar algunos de los gastos de su bolsillo que las Partes A y B no pagan

Los planes son ofrecidos por compañías de seguros privadas, pero están estandarizados por el gobierno federal.

Todos incluyen cobertura total o parcial para:

- Coseguro por servicios hospitalarios de la Parte A
- Coseguro o copagos de la Parte B
- Costo de transfusiones de sangre (primeras 3 pintas)
- Costos por 365 días adicionales en hospital
- Coseguro por cuidados paliativos

Algunos planes también pueden ayudar a pagar:

- Deducible de la Parte A
- Deducible de la Parte B*
- Cuidado de emergencia en viajes al extranjero hasta el límite del plan
- Coseguro por cuidado en un centro de enfermería especializada de la Parte A

*No disponible para las personas que empiezan a cumplir los requisitos de la Parte A a partir del 2020.

Los planes Medigap establecen sus propios costos de primas

Prima

Los planes Medigap establecen sus propias primas, aunque, como regla general, cuanto más generosa la cobertura, más alta la prima.

Las primas también variarán según el proveedor, incluso si la letra del plan es la misma, y las primas pueden cambiar de un año a otro.

Planes diferentes pagan costos diferentes

El nivel de cobertura y lo que usted pagará varían según el plan.

Algunos planes dividen ciertos costos con usted hasta un límite establecido. Otros, dejan ciertos costos para que usted los pague por su cuenta.

Algunas compañías de seguros de Medigap ofrecen servicios de valor agregado

Las compañías de seguros de Medigap pueden ofrecer servicios de valor agregado ya sea gratis o con un descuento. Estos servicios pueden ser proporcionados por la compañía de seguros o por otras compañías.

Algunas de las cosas que se ofrecen pueden incluir:



Descuentos en servicios para la vista, para la audición o dentales



Líneas de teléfono de enfermería las 24 horas



Membresías de gimnasios gratis o con descuento

Los planes Medigap son ofrecidos por compañías de seguros privadas, pero están estandarizados por el gobierno federal

Cada plan está etiquetado con una letra, y todos los planes con la misma letra ofrecen los mismos beneficios básicos en todo el país. Sin embargo, Massachusetts, Minnesota y Wisconsin estandarizan los planes de forma diferente.



Importante: Revise la nota a continuación para los Planes Medigap C y F

Los planes C y F solo están disponibles para personas que cumplan los requisitos para la Parte A o cumplieron 65 años antes del 1/1/20.

Beneficios Cubiertos por el Plan Medigap Elegido

Coseguro por servicios hospitalarios de la Parte A y 365 días adicionales en el hospital

Deducible de la Parte A

Coseguro o copagos de la Parte B

Deducible anual de la Parte B

Cargos excedentes de la Parte B

Costo de transfusiones de sangre (3 pintas)

Emergencia en viajes al extranjero (hasta los límites del plan)

Costos del coseguro por cuidados paliativos

Coseguro por cuidado preventivo de la Parte B

Coseguro por cuidado en un centro de enfermería especializada

Límite anual de gastos de su bolsillo antes de que los beneficios sean pagados al 100%

	Plan A	Plan B	Plan D	Plan G**	Plan K	Plan L	Plan M	Plan N	Plan C	Plan F**
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%	100%	100%
	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%*	100%	100%
									100%	100%
				100%						100%
	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%	100%	100%
			80%	80%			80%	80%	80%	80%
	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%	100%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			100%	100%	50%	75%	100%	100%	100%	100%
					\$7,060	\$3,530				

* Excepto ciertos copagos

** Los planes F y G también tienen versiones con deducible alto con un deducible de \$2,800 antes de que los planes paguen los beneficios indicados.

¿Es Medicare Advantage o Medigap adecuado para usted?

Muchas personas se preguntan: “¿Debo obtener un plan Medicare Advantage o un seguro complementario de Medicare?” Ambos son ofrecidos por compañías de seguros privadas, y con cualquiera de estas dos opciones, usted sigue pagando su prima mensual de la Parte B a Medicare.

Estos son los principales puntos que debe considerar al decidir qué es lo adecuado para usted:

- ¿Se siente cómodo eligiendo un proveedor de cuidado de la salud de una red de proveedores o desea poder elegir cualquier proveedor que acepte pacientes de Medicare?
- ¿Preferiría tener cobertura de medicamentos con receta incluida en un plan o comprar un plan de medicamentos con receta de la Parte D por separado?
- ¿Preferiría pagar una prima mensual baja o de \$0 y copagos por servicios dentro de la red cuando los use, o pagar potencialmente más en primas mensuales y tener gastos de su bolsillo más bajos por los servicios que recibe?

Use esta tabla para poder comparar los planes rápidamente.



Inscripción



Costos



Cobertura de medicamentos con receta



Red



Médicos y hospitales



Referencias

Planes Medicare Advantage

Planes de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)

Usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante su Período de Inscripción Inicial y el Período de Inscripción Anual de Medicare. Si usted cumple ciertos criterios, usted puede inscribirse o cambiar a un plan diferente durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage o un Período de Inscripción Especial.

No le pueden denegar cobertura o cobrarle más por su estado de salud.

Por lo general, usted paga una prima mensual del plan baja o de \$0 además de su prima de la Parte B. Usted pagará todos los copagos, coseguros y deducibles correspondientes cuando use los servicios. Sus costos totales pueden variar dependiendo de si recibe los servicios dentro de la red o fuera de la red.

La cobertura de medicamentos con receta está incluida en la mayoría de los planes. Solo ciertos planes Medicare Advantage se pueden combinar con planes independientes de la Parte D.

Es posible que tenga una red de donde elegir proveedores. Puede elegir proveedores fuera de la red, pero su plan podría no proporcionar cobertura o cobrarle más por los servicios recibidos. El cuidado de emergencia está cubierto en los Estados Unidos y a veces en el extranjero.

Es posible que deba usar médicos y hospitales de la red del plan, aunque algunos planes le dan la libertad de consultar a cualquier proveedor que acepte Medicare y el plan.

Puede necesitar o no referencias para consultar a especialistas, según el plan.

Usted puede obtener un plan Medigap después de cumplir 65 años o más, y haberse inscrito en las Partes A y B de Medicare.

Usted puede solicitar la compra de un plan en cualquier momento; sin embargo, usted tiene un Período de Inscripción Abierta del Plan Complementario de Medicare de 6 meses que comienza después de que cumple 65 años (o más) y se inscribe en las Partes A y B. Si usted se inscribe durante este período, se le garantiza cobertura a la mejor tarifa disponible independientemente de su estado de salud. Fuera de este período, sus condiciones de salud preexistentes pueden influir en sus requisitos de participación para el plan y en cuánto paga.¹

Usted paga una prima mensual del plan además de su prima de la Parte B. Cuando usa los servicios, los gastos de su bolsillo tienen un límite. Los gastos de su bolsillo varían según el plan de Medigap que elija.

La cobertura de medicamentos con receta no está incluida. Considere agregar un plan independiente de la Parte D.

La cobertura va con usted cuando viaja dentro de los Estados Unidos y puede cubrir cuidado de emergencia cuando viaja al extranjero. Los planes Medigap no tienen redes.

Usted puede elegir cualquier proveedor u hospital siempre que acepten pacientes de Medicare.

Puede consultar a especialistas sin referencias.

¹Algunos estados pueden tener derechos de Inscripción Abierta adicionales otorgados por leyes estatales.

Usted tiene muchas opciones cuando se trata de su cobertura de Medicare

¿Cómo empieza a reducir sus opciones?



¿Cómo decide qué es lo adecuado para usted?

Sus opciones de Medicare deben reflejar sus necesidades personales de salud y estilo de vida

Responder estas preguntas podría ayudarle a sentirse más cómodo al momento de decidirse por un plan de Medicare

1 Por lo general, ¿con qué frecuencia visita a un proveedor con licencia?

2 ¿Qué medicamentos con receta toma? ¿Con qué frecuencia?

3 ¿Tiene alguna condición de salud importante por la que necesite cuidado especial?

4 ¿Cuánto pagó de su bolsillo por cuidado de la salud en los últimos 12 meses?
¿Cuánto pagó por medicamentos con receta?

5 ¿Desea cobertura para servicios o artículos de cuidado dental, para la vista y para la audición?

6 ¿Necesita ayuda para pagar Medicare?

Esta es una descripción general de los diferentes momentos en que se puede inscribir en Medicare

IEP | El Período de Inscripción Inicial (Initial Enrollment Period, IEP) es para inscribirse cerca de la fecha en que cumple 65 años



¿Cumple los requisitos por una discapacidad?

Su Período de Inscripción Inicial de 7 meses incluye el mes en que recibe su cheque por discapacidad número 25, los 3 meses anteriores y los 3 meses posteriores.

Para las personas que empiezan a cumplir los requisitos por la edad, incluye el mes en que cumple 65 años, los 3 meses previos y los 3 meses posteriores. Si usted cumple años el primer día del mes, su Período de Inscripción Inicial comienza y termina un mes antes.

▼ El mes en que cumple 65 años

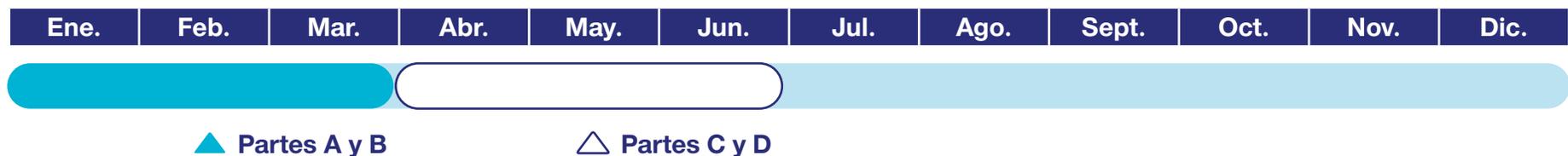


Usted tiene 6 meses para que le garanticen cobertura en un plan de seguro complementario de Medicare (Medigap), a partir del primer mes en que tiene 65 años o más y está inscrito tanto en la Parte A como en la Parte B de Medicare.

Usted puede solicitar la inscripción en otros momentos, pero se le podría denegar la cobertura o le podrían cobrar una prima más alta según su historial médico. Algunos estados pueden tener derechos de Inscripción Abierta adicionales otorgados por leyes estatales.

GEP | El Período de Inscripción General (General Enrollment Period, GEP) es para aquellas personas que no se inscribieron cerca de su la fecha en que cumple 65 años

Puede inscribirse en la Parte A o en la Parte B de Medicare, o en ambas. El Período de Inscripción General tiene lugar todos los años del 1 de enero al 31 de marzo, y la cobertura comienza el mes después de la inscripción. Usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage (Parte C) o en un plan de medicamentos con receta (Parte D) del 1 de abril al 30 de junio del mismo año.



SEP

Medicare proporciona un Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period SEP) para inscribirse después de retirarse o perder la cobertura del empleador

Si tiene pensado trabajar después de los 65 años o tiene cobertura de salud del empleador a través de un cónyuge, usted tiene opciones:

- 1** Si un empleador tiene 20 empleados o más, generalmente usted puede elegir demorar la inscripción en Medicare, cancelar la cobertura de su empleador por Medicare, o tener Medicare y la cobertura del empleador.
- 2** Si un empleador tiene menos de 20 empleados, generalmente usted deberá inscribirse en Medicare durante su Período de Inscripción Inicial.
- 3** Si tiene cobertura de salud a través del empleador de un cónyuge, es posible que pueda demorar la inscripción, o quizás deba inscribirse a los 65 años según el empleador.

Usted debe tener cobertura de medicamentos acreditable para calificar para demorar la inscripción. Cobertura de medicamentos acreditable significa que la cobertura de medicamentos del empleador es como mínimo tan buena como la cobertura estándar del plan de la Parte D de Medicare. Sin esto, usted podría enfrentar multas por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe una vez que finalizó su Período de Inscripción Inicial.

Usted tendrá 8 meses para inscribirse en las Partes A y B, y solo 2 meses para las Partes C y D.

▼ El último mes de empleo o de cobertura de salud de un empleado



△ Partes C y D

▲ Partes A y B

Si califica para demorar la inscripción en Medicare, hay algunas cosas importantes que debe comprender:

- ✓ **Puede elegir demorar la Parte A de Medicare, la Parte B o ambas.** Algunas personas eligen igualmente obtener la Parte A de Medicare a los 65 años porque, por lo general, no tiene prima para la mayoría de las personas.
- ✓ **Si usted tiene una cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA),** tenga en cuenta que una vez que se inscribe en cualquier parte de Medicare, no puede seguir haciendo contribuciones a su cuenta de ahorros para la salud.
- ✓ **Deberá proporcionar un comprobante escrito** de su cobertura de medicamentos acreditable de su empleador para evitar multas en la Parte D.
- ✓ **No necesita dar un aviso** de que demorará la inscripción, a menos que ya esté recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.
- ✓ **Puede demorar la inscripción sin multa** siempre y cuando se inscriba en un plazo no mayor de 8 meses de perder la cobertura de su empleador (o del empleador de su cónyuge).

Usted tiene exactamente 63 días

para obtener un plan independiente de la Parte D o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta sin multa.



Puede hacer cambios de plan en ciertos períodos del año

SEP

Medicare también proporciona un Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP) para eventos de vida que califican

Las fechas específicas varían, pero generalmente usted tiene dos meses completos después del mes de un evento que califica para realizar cambios de planes. Durante este período, usted puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos con receta de la Parte D fuera del Período de Inscripción Anual de Medicare sin multa.

Los eventos comunes que pueden calificar incluyen:

- Mudanza
- Dejar una cobertura para jubilados, de un sindicato o de COBRA

▼ El mes en que tiene un evento que califica



Período de Inscripción Especial ▲



Llame a la oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener más información sobre los eventos que califican.

AEP

Durante el Período de Inscripción Anual (Annual Enrollment Period, AEP) de Medicare, también llamado Período de Inscripción Abierta (Open Enrollment Period, OEP) de Medicare, usted puede inscribirse en un plan, cambiar de plan o cancelar un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos con receta de la Parte D o solicitar un plan de seguro complementario de Medicare

Usted regresará automáticamente a Medicare Original si cancela un plan Medicare Advantage, y perderá la cobertura de medicamentos si estaba incluida en su plan. Puede reemplazarlo por un plan independiente de medicamentos con receta de la Parte D en este momento sin multa. Se puede aplicar una multa si usted cancela la cobertura de medicamentos y decide obtenerla de nuevo más adelante. Usted también puede solicitar un plan de seguro complementario de Medicare si vuelve a Medicare Original durante el Período de Inscripción Anual o después, pero recuerde que sus condiciones de salud preexistentes pueden impedirle ser aceptado en el plan o pueden afectar la prima que usted paga.

Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
------	------	------	------	------	------	------	------	-------	------	------	------



Período de Inscripción Anual de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre) ▲

MAOEP

Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MAOEP), usted puede cambiar o cancelar planes Medicare Advantage

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage el 1 de enero, puede hacer un cambio de cobertura entre el 1 de enero y el 31 de marzo. Usted puede cambiarse a un plan Medicare Advantage diferente o regresar a Medicare Original. Si regresa a Medicare Original, también se puede inscribir en un plan de la Parte D durante este período.

Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
------	------	------	------	------	------	------	------	-------	------	------	------



▲ Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (del 1 de enero al 31 de marzo)

Combine diferentes partes y planes de Medicare para tener una cobertura que se ajuste a sus necesidades

Sus opciones de combinación dependen de si recibe cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare a través de Medicare Original o a través de un plan Medicare Advantage (Parte C).

Medicare Original

Al inscribirse en Medicare Original (Partes A y B), puede agregar un plan Complementario de Medicare (Medigap), un plan independiente de medicamentos con receta de la Parte D o ambos.



Parte A



Parte B



Parte A



Parte B

+



Parte D



Parte A



Parte B

+



Medigap



Parte A



Parte B

+



Parte D

+



Medigap

Medicare Advantage

Usted puede elegir recibir sus beneficios de la Parte A y Parte B a través de un plan Medicare Advantage (Parte C). Muchos planes tienen cobertura de medicamentos con receta incorporada. Usted puede agregar un plan independiente de la Parte D solo con determinados tipos de planes Medicare Advantage.



Un plan Medicare Advantage sin cobertura de medicamentos

Parte C



Parte C



Parte D

Un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos incorporada



Parte C



Parte D

Un plan Medicare Advantage con un plan independiente de medicamentos agregado*

*Aplica solo a ciertos planes.

Cómo inscribirse en:

Medicare Original (Partes A y B)

Medicare Original es proporcionado por el gobierno federal y usted será inscrito automáticamente si a los 65 años de edad está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, o si empieza a cumplir los requisitos para Medicare por una discapacidad. Si no lo inscriben automáticamente, debe inscribirse usted mismo.

Inscríbase por Internet en ssa.gov, por teléfono al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) o visite la oficina local del Seguro Social.

Parte C, Parte D y planes Medigap

Estos planes solo son ofrecidos por compañías de seguros privadas. Usted se inscribirá directamente con el proveedor del plan, por teléfono, por Internet o con un agente local.

Recuerde revisar cada plan detenidamente. Diferentes compañías de seguros ofrecerán diferentes planes y beneficios.



Conozca a David

David acaba de cumplir 65 años y se está jubilando. No tiene cobertura para jubilados, pero se encuentra en su Período de Inscripción Inicial de Medicare y tiene pensado inscribirse en Medicare.

David se cuida mucho y es en general sano. Toma un medicamento con receta todos los días para la presión arterial alta. Procura vivir dentro de su presupuesto.

Su lista de deseos de beneficios incluye:

- Cobertura para cuidado preventivo y otros servicios para el cuidado de la salud
- Cobertura que proporcione una red de seguridad en caso de enfermedad grave
- Acceso a especialistas
- Cobertura de medicamentos con receta en caso de que necesite medicamentos adicionales

¹Los ejemplos se usan con fines ilustrativos solamente. Los costos que usted pague podrían ser diferentes.

David eligió un plan Medicare Advantage (Parte C) con cobertura de medicamentos con receta incorporada

Su plan incluye:



Cuidado preventivo



Programa de acondicionamiento físico sin costo adicional



Cobertura de medicamentos con receta incorporada



Red de médicos y hospitales locales



Máximo de gastos de su bolsillo de \$4,900 por cada año

Sus costos mensuales:

\$174.70

Prima de la Parte B

+

\$0

Prima de la Parte C

+

\$15

Copago por receta

\$189.70

Total base por mes

Además del total base, es posible que David tenga otros costos

Los gastos de su bolsillo pueden incluir copagos, coseguros y deducibles. Su gasto total variará según las condiciones específicas de costo compartido de su plan, los servicios para el cuidado de la salud que use, las recetas que surta, y según si los servicios o artículos se obtuvieron dentro de la red o fuera de la red. Como el plan de David tiene un máximo de gastos de su bolsillo de \$4,900 para el año, una vez que los gastos de su bolsillo para los servicios cubiertos alcancen ese número, su plan Medicare Advantage será responsable del resto.



Conozca a Juanita

Juanita cumplirá 65 años en 3 meses y tiene pensado jubilarse en ese momento. Luego, piensa pasar tiempo viajando de su casa en Colorado a visitar a su familia en California.

Juanita tiene un buen estado de salud. Toma dos medicamentos con receta — uno para mantener los huesos fuertes y otro para controlar el colesterol. Tiene una pensión cómoda, pero desea dejar un legado económico a su familia, por lo que cuida lo que gasta en cuidado de la salud.

Su lista de deseos de beneficios incluye:

- Acceso a médicos y hospitales cuando esté en California visitando a sus hijos
- Ayuda para pagar sus medicamentos con receta
- Tranquilidad de saber que tendrá ayuda para pagar los costos de cuidado de la salud si son altos

¹Los ejemplos se usan con fines ilustrativos solamente. Los costos que usted pague podrían ser diferentes.

Juanita eligió Medicare Original (Partes A y B) con un plan independiente de la Parte D y el plan G de Medigap

Su plan incluye:



Precios con descuento en los medicamentos que toma



Acceso a médicos y hospitales en los Estados Unidos



Ayuda con los costos que Medicare Original no paga

Sus costos mensuales:

\$174.70
prima de la Parte B
+
\$57
Prima de la Parte D
+
\$140
Prima del plan G de Medigap
+
\$10
Copago por receta

\$381.70
Total base por mes

Juanita debe considerar cómo pagar sus recetas

Un plan de seguro complementario de Medicare cubre la mayor parte de los gastos de su bolsillo de Juanita con Medicare Original, pero los costos de medicamentos con receta de Juanita no están cubiertos por su plan de seguro complementario de Medicare. Deberá considerar las condiciones de costo compartido de su plan de la Parte D para determinar los gastos de su bolsillo mensuales adicionales.



Conozca a Georgia

Georgia cumplirá 65 años el mes que viene. Ha estado trabajando a tiempo parcial desde que falleció su esposo hace cinco años, pero sus ingresos son limitados. Georgia tiene una enfermedad cardíaca, por lo que consulta a un especialista cardíaco de forma regular y toma un anticoagulante todos los días.

Su lista de deseos de beneficios incluye:

- Cuidado de la salud a un precio económico
- Acceso a sus médicos de confianza
- Precios con descuento en sus medicamentos con receta
- La posibilidad de recibir ayuda con sus primas y costos compartidos si califica para asistencia por bajos ingresos

¹Los ejemplos se usan con fines ilustrativos solamente. Los costos que usted pague podrían ser diferentes.

Georgia eligió Medicare Original (Partes A y B) con un plan independiente de medicamentos con receta de la Parte D

Su plan incluye:



Acceso a los médicos y hospitales que usa ahora



Precios con descuento en los medicamentos que toma

Sus costos mensuales:

\$174.70

Prima de la Parte B

+

\$57

Prima de la Parte D

+

\$10

Copago por receta

\$241.70

Total base por mes

Además del total base, es posible que Georgia tenga otros costos

Georgia tendrá otros gastos de su bolsillo que cubrir cuando reciba diferentes servicios y artículos para el cuidado de la salud. Será responsable del costo compartido de sus servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare, según se detalla en las condiciones de costo compartido de Medicare Original, así como del costo compartido definido por su plan de la Parte D. También será responsable de los costos de servicios y artículos que no están cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Georgia debería solicitar ayuda financiera.

Como Georgia tiene ingresos limitados, podría explorar la ayuda financiera viendo si califica para el programa Ayuda Adicional (para recibir ayuda con los costos de la Parte D) y para Medicaid. Si califica para alguno de estos programas, sus costos podrían ser significativamente menores tanto para Medicare Original como para la Parte D.



Conozca a Matt

Matt está por cumplir 65 años y vive en Texas. Es un veterano del ejército con beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos. Matt disfruta viajar todos los años para ver a sus cuatro nietos en Arizona y Wyoming. Está jubilado y tiene buenos ahorros, pero desea asegurarse de dejarle algo a cada uno de sus nietos. Matt tiene un buen estado de salud y solo toma un medicamento con receta todos los días — para bajar el colesterol. Matt recibe este medicamento con receta, y cualquier otro que necesite, a través del Departamento de Asuntos de los Veteranos.

Su lista de deseos de beneficios incluye:

- Acceso a los médicos y hospitales en todo el país
- Tranquilidad de saber que tendrá ayuda para pagar los costos de cuidado de la salud si son altos

¹Los ejemplos se usan con fines ilustrativos solamente. Los costos que usted pague podrían ser diferentes.

Matt eligió Medicare Original (Partes A y B) con un Plan, L de Medigap

Su plan incluye:



Acceso a médicos y hospitales en los Estados Unidos



Ayuda con los costos que Medicare Original no paga



Límite anual de gastos de su bolsillo de \$3,530 antes de que el 75% de los beneficios sean pagados al 100%

Sus costos mensuales:

\$174.70

Prima de la Parte B

+

\$113

Prima del Plan L de Medigap

\$287.70

Total base por mes

Además del total base, es posible que Matt tenga otros costos

El plan de seguro complementario de Medicare de Matt ayudará con los costos de sus servicios de Medicare Original (Partes A y B), pero igualmente tendrá algunos gastos de su bolsillo que cubrir. Sus costos dependerán del servicio que reciba, pero serán más bajos una vez que alcance el límite anual de gastos de su bolsillo de su plan de seguro complementario de Medicare. Matt también será responsable de los costos de servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare Original (Partes A y B) o por su plan de seguro complementario de Medicare.

Los costos de Matt del Departamento de Asuntos de los Veteranos no están incluidos en este ejemplo y estarán separados de sus costos de Medicare.



Conozca a Karen

Karen está por cumplir 65 años y jubilarse. No toma ningún medicamento con receta actualmente y tiene un muy buen estado de salud. A Karen también le gusta viajar, ir a diferentes Parques Nacionales de los Estados Unidos todos los veranos y otoños. Se está jubilando de su puesto como vicepresidente en una compañía de software global con buenos ahorros y una pensión anual muy buena. Karen no está preocupada por los gastos de su bolsillo de cuidado de la salud y no prevé necesitar más que seguro médico y hospitalario.

Su lista de deseos de beneficios incluye:

- Acceso a médicos y hospitales en los Estados Unidos
- Seguro médico básico

¹Los ejemplos se usan con fines ilustrativos solamente. Los costos que usted pague podrían ser diferentes.

Karen eligió Medicare Original (Partes A y B)

Su plan incluye:



Acceso a médicos y hospitales en los Estados Unidos



Seguro médico y hospitalario básico

Sus costos mensuales:

\$174.70

Prima de la Parte B

\$174.70

Total base por mes

Además del total base, es posible que Karen tenga otros costos

La cobertura de Medicare de Karen solo funciona para artículos y servicios de cuidado de la salud cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Karen será responsable del costo compartido de sus servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, según se detalla en las condiciones de costo compartido de Medicare Original. Como Karen no compró un plan de medicamentos con receta de la Parte D ni ninguna otra cobertura adicional, será 100% responsable de todos los medicamentos con receta que pueda necesitar, así como de todos los costos relacionados con artículos y servicios de salud que no estén cubiertos de ninguna forma por la Parte A o por la Parte B de Medicare. Si Karen decide inscribirse en un plan de la Parte D más adelante, probablemente tenga que pagar multas por inscripción tardía en la Parte D porque no tendrá cobertura de medicamentos acreditable.



Conozca a Leroy

Leroy está por cumplir 65 años. Ha tenido problemas de salud graves durante años. Sufre de diabetes y presión arterial alta, y su proveedor de cuidado primario le ha dicho que debe bajar bastante de peso. Leroy toma insulina y un medicamento para la presión arterial todos los días. Ha tenido problemas anteriormente con las interacciones de los medicamentos que toma.

Su lista de deseos de beneficios incluye:

- Ayuda experta para administrar sus problemas de salud
- Ayuda para mejorar su dieta, ejercicio y control de peso
- Precios con descuento en medicamentos con receta

¹Los ejemplos se usan con fines ilustrativos solamente. Los costos que usted pague podrían ser diferentes.

Leroy eligió un Plan para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) Medicare Advantage para personas con diabetes, con cobertura de medicamentos con receta incorporada

Su plan incluye:



Acceso a administrador de cuidado de la salud que creará un plan para coordinar su cuidado



Ayuda para averiguar si califica para recibir asistencia financiera con los costos de Medicare



Precios con descuento en los medicamentos que toma



Ayuda para adoptar un estilo de vida más saludable

Sus costos mensuales:

\$174.70

Prima de la Parte B

+

\$18

Prima del Plan Medicare Advantage para Personas con Necesidades Especiales

+

\$35

Copago por insulina con receta

\$227.70

Total base por mes

Además del total base, es posible que Leroy tenga otros costos

Leroy paga gastos de su bolsillo por servicios y artículos que recibe durante el año. Lo que paga se determina por las condiciones de costo compartido de su plan. Su gasto total también dependerá de los servicios para el cuidado de la salud específicos que use y de los medicamentos que tome.

Leroy debe ver si también puede calificar para Medicaid

Como Leroy ha estado enfrentando problemas de salud graves durante años, es probable que sus costos de cuidado de la salud sean altos. Leroy debería averiguar si califica para Medicaid en su estado para ver si de esa manera puede obtener cobertura de cuidado de la salud adicional y ayuda financiera.

Consejos Prácticos de Medicare

1 Hay dos maneras de obtener Medicare

- **Medicare Original (Partes A y B).** La Parte A es la cobertura hospitalaria y la Parte B es la cobertura médica. Medicare Original es proporcionado por el gobierno federal. Los beneficios y la cobertura son iguales en todo el país. Con Medicare Original, usted también puede agregar un plan de medicamentos con receta de la Parte D independiente o un plan de seguro complementario de Medicare.
 - **Medicare Advantage (Parte C).** Estos planes combinan su cobertura de la Parte A y de la Parte B, y muchos también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D y otros beneficios, como servicios dentales, para la vista, para la audición o acondicionamiento físico. Los planes son ofrecidos por compañías de seguros privadas.
-

2 Hay dos maneras de obtener cobertura de medicamentos

- Usted puede agregar a Medicare Original un plan independiente de medicamentos con receta (Parte D). O bien, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage que incluya cobertura de medicamentos con receta.
-

3 Medicare Original no cubre todo

- Medicare Original (Partes A y B) no cubre todo lo que usted puede necesitar para su salud. No incluye cobertura de medicamentos con receta, servicios para la audición, para la vista y dentales de rutina, membresías en un programa de acondicionamiento físico o protección adicional financiera. Si desea cobertura adicional, explore los planes ofrecidos por compañías de seguros privadas.
-

4 La ubicación afecta sus opciones de cobertura

- Los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta varían en cuanto a la cobertura y el costo. Los beneficios básicos de los planes de seguro complementario de Medicare (Medigap) son planes estandarizados y son iguales en todo el país, excepto en Minnesota, Wisconsin y Massachusetts. Es posible que las compañías de seguros ofrezcan varios planes donde usted vive.
-

5 Calcule todos sus costos de Medicare

- Usted es responsable de las primas mensuales más los gastos de su bolsillo adicionales, como deducibles, copagos y coseguro.
- Sus costos variarán dependiendo de la cobertura de Medicare que elija, los servicios de salud que use durante el año y de si tiene asistencia financiera para los costos de Medicare.

6

Protección contra gastos de su bolsillo elevados

- Los planes Medicare Advantage ponen un tope en los gastos de su bolsillo para servicios de la Parte A y Parte B cubiertos por el plan. Se conoce como “máximo anual de gastos de su bolsillo” y brinda protección financiera incorporada. Con Medicare Original, no hay tope de gastos de su bolsillo. Los gastos totales de su bolsillo y las protecciones financieras pueden variar para los costos dentro de la red y los costos fuera de la red.
- Los planes de seguro complementario de Medicare ayudan a pagar parte de los gastos de su bolsillo que Medicare Original no paga, como los deducibles y el coseguro. Hay disponibles diversos planes que ofrecen diferentes niveles de protección financiera. Los planes Medigap están organizados por letras, como “Plan A” o “Plan G”.
- Tanto los planes Medicare Advantage como los planes de seguro complementario de Medicare son ofrecidos por compañías de seguros privadas. Usted puede tener un plan Medicare Advantage o un plan de seguro complementario de Medicare, pero no los dos juntos.

7

El momento es importante cuando se inscribe por primera vez

- Su Período de Inscripción Inicial (Initial Enrollment Period, IEP) es su primera oportunidad de inscribirse en Medicare. Generalmente comienza 3 meses antes de cumplir los 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y finaliza 3 meses después de cumplir los 65 años. Es decir, dura 7 meses en total. Si usted califica antes de tiempo debido a una discapacidad, su Período de Inscripción Inicial seguirá siendo de 7 meses, pero incluye el mes en que recibe su cheque por discapacidad número 25, los 3 meses anteriores y los 3 meses posteriores.
- Es posible que usted califique para demorar la inscripción en Medicare si tiene cobertura acreditable a través de su empleador o del empleador de su cónyuge. Si puede demorar la inscripción, tendrá un Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP) de 8 meses que comienza cuando usted pierde la cobertura del empleador o deja su empleo, lo que ocurra primero.
- Si se inscribe después del Período de Inscripción Inicial o del Período de Inscripción Especial, podría enfrentar multas por inscripción tardía para la Parte A, la Parte B o la Parte D de Medicare.

8

Quizás pueda inscribirse o hacer cambios en otros momentos

- Medicare ofrece un Período de Inscripción General (General Enrollment Period, GEP) todos los años del 1 de enero al 31 de marzo para las personas que han dejado pasar su Período de Inscripción Inicial.
- Medicare proporciona Períodos de Inscripción Especial (Special Enrollment Periods, SEP) para eventos de vida que califican. Algunos ejemplos incluyen la mudanza de su residencia principal o dejar un plan de salud del empleador. Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov) para ver una lista completa de eventos que califican.
- El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MAOEP) es del 1 de enero al 31 de marzo todos los años. Usted puede cambiarse a un plan Medicare Advantage diferente o cancelar un plan y regresar a Medicare Original en este período.
- El Período de Inscripción Anual (Annual Enrollment Period, AEP) de Medicare tiene lugar todos los años, del 15 de octubre al 7 de diciembre. Usted puede cambiar su cobertura durante este período si decide hacerlo.

Consejos para el Período de Inscripción Anual de Medicare

El Período de Inscripción Anual de Medicare (AEP) tiene lugar todos los años, del 15 de octubre al 7 de diciembre

Usted puede cambiar su cobertura durante este período. Puede cambiar de un plan Medicare Advantage o de la Parte D a otro. O bien, cambiar de Medicare Original a un plan Medicare Advantage, o viceversa.

- 1** **Evalúe sus necesidades totales de cuidado de la salud**, especialmente si su salud ha cambiado el último año

- 2** **Revise su cobertura de Medicare existente** para evaluar cómo se adapta a sus necesidades de cuidado de la salud y estilo de vida

- 3** **Revise la carta del Aviso Anual de Cambios (Annual Notice of Change, ANOC) de su plan de Medicare cuando la reciba (normalmente en septiembre)** para identificar los cambios importantes del plan a beneficios cubiertos, proveedores, costos y medicamentos con receta

- 4** **Evalúe sus necesidades y costos actuales de cuidado de la salud** para decidir si su cobertura actual sigue siendo adecuada para usted o si debe comparar opciones

- 5** **Explore las opciones disponibles de planes de Medicare en su área** para ver si alguno quizás sea más adecuado para su salud o sus finanzas

Consejos para cuidadores que ayudan a tomar decisiones sobre Medicare

Los cuidadores a menudo se encuentran en la posición de ayudar a un ser querido a tomar decisiones sobre Medicare, por lo que es importante estar preparado para el Período de Inscripción Inicial de un ser querido o el Período de Inscripción Anual de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre).

- 1** **Obtenga autorización para conseguir la información personal de salud de su ser querido** completando un Formulario de Autorización de Medicare en [medicare.gov](https://www.medicare.gov)
- 2** **Entienda las necesidades de cuidado de la salud de su ser querido**, entre ellas su estado de salud general, los medicamentos diarios, las condiciones crónicas y más
- 3** **Entienda la cobertura de Medicare actual de su ser querido (si ya tiene una)**, incluido qué tiene, qué está cubierto y qué no, cuánto le cuesta por mes y quién es su proveedor
- 4** **Al acercarse a los períodos de inscripción, reúna la información personal, financiera, del seguro y de Medicare de su ser querido** para hacer las cosas más simples cuando esté listo para inscribirse
- 5** **Evalúe con su ser querido** qué tan bien se adapta su cobertura de Medicare a sus necesidades de cuidado de la salud y de estilo de vida cada año e identifique los vacíos que pueda necesitar cubrir



¿Necesita ayuda para pagar Medicare?

Si usted tiene un ingreso bajo y pocos bienes, es posible que califique para recibir ayuda a través de uno o más programas

- Es posible que también haya otros programas de asistencia en su estado
- El ingreso incluye el dinero que recibe de beneficios de jubilación u otro dinero que usted informe a fines impositivos
- Los niveles de ingresos para cumplir los requisitos varían según el estado y el programa
- Diferentes programas cubren costos de diferentes artículos de Medicare
- Algunos pueden ayudar con las Partes A y B, otros con los medicamentos con receta, y algunos pueden ayudar con todos sus costos de Medicare

Programas de Ahorros de Medicare

Los Programas de Ahorros de Medicare ayudan a pagar parte o la totalidad de las primas, los deducibles y los coseguros de la Parte A y la Parte B. Existen cuatro tipos de Programas de Ahorros de Medicare.

- Programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)
- Programa Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB)
- Programa Individuos Calificados (Qualifying Individual, QI)
- Programa Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (Qualified Disabled and Working Individuals, QDWI)

Si usted califica para un Programa de Ahorros de Medicare QMB, SLMB o QI, usted también califica automáticamente para el programa Ayuda Adicional, que ayuda con los costos de la Parte D de Medicare.

Programa Ayuda Adicional

Un programa diseñado específicamente para ayudar a beneficiarios calificados a pagar parte o la totalidad de las primas, los deducibles, los copagos y los coseguros de la Parte D de Medicare. La cantidad de dinero que se proporciona depende de la situación de la persona.

Medicaid

Medicaid es un programa de seguro de salud federal y estatal conjunto para individuos y familias de bajos ingresos. Medicaid ayuda a pagar los costos que no están cubiertos por las Partes A y B de Medicare, y también puede incluir algunos beneficios y servicios adicionales que Medicare no tiene, como cuidado a largo plazo o medicamentos con receta. Cada estado crea su propio programa; por ello, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para obtener más información. Recuerde que si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, usted tiene “elegibilidad doble”. En este caso, usted mantiene sus beneficios de Medicaid y puede obtener beneficios adicionales de Medicare. Los dos programas pueden funcionar juntos para cubrir la mayor parte de sus costos de cuidado de la salud.

Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE)

Programas que proporcionan todo el cuidado y los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid para individuos de 55 años o más que necesitan un nivel de cuidado de un asilo de convalecencia (según lo certifica su estado) viven en el área de servicio de una organización PACE y son capaces de vivir de forma segura en su comunidad con ayuda de PACE. Este programa no está disponible en todos los estados.

Sepa si califica para obtener ayuda

Muchas personas asumen que no califican para recibir ayuda financiera, y nunca lo investigan. No cometa ese error.

Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener más información sobre los programas de asistencia financiera. También puede comunicarse con la oficina local del Seguro Social, la oficina de Medicaid o con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud para solicitar ayuda.

A continuación hay una lista de contactos útiles

Línea de Asistencia de Medicare

Llame si tiene preguntas sobre Medicare y para obtener información detallada de los planes y las pólizas en su área.

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048

Administración del Seguro Social

Reciba respuestas a preguntas sobre los requisitos de participación y la inscripción en Medicare, los beneficios de jubilación del Seguro Social o los beneficios por discapacidad. También puede preguntar si cumple los requisitos para recibir ayuda financiera.

1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778
ssa.gov/benefits/medicare

medicare.gov

El sitio web de Medicare proporciona información y ofrece herramientas en Internet para buscar y comparar planes de la Parte D, planes Medicare Advantage y planes de seguro complementario de Medicare.

medicaid.gov

Medicaid proporciona cobertura de salud a millones de estadounidenses, incluidos adultos de bajos ingresos, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades que cumplen los requisitos. Obtenga más información sobre los requisitos de participación, los beneficios y cómo solicitarlo.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program SHIP)

Su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud ofrece asesoramiento gratis y puede ayudarle con preguntas acerca de la compra de un seguro, la elección de un plan de salud, y sus derechos y protecciones conforme a Medicare. Consulte las páginas 54-55 para ver el número de su estado.

shiphelp.org

medicareexplicado.com

Mire videos, inscribese en un boletín informativo, y encuentre herramientas y recursos útiles para obtener respuestas a sus preguntas sobre Medicare.

Su proveedor del plan de salud actual

El Servicio al Cliente de su plan de salud puede responderle las preguntas que tenga sobre su cobertura actual. Llame al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro.

aarp.org

AARP® proporciona información sobre Medicare, como también de otros programas y servicios disponibles para las personas a medida que envejecen.

Organización Nacional de Cuidados Paliativos

Obtenga más información sobre los cuidados paliativos y los programas de cuidados paliativos en donde vive. Es posible que su proveedor con licencia u otro profesional de cuidado de la salud también puedan ayudarle a encontrar servicios locales.

nhpco.org

Administración de Asuntos sobre la Vejez

Descubra organizaciones comunitarias, estatales y locales que prestan servicios para adultos mayores y sus cuidadores.

**1-800-677-1116, TTY 711
eldercare.acl.gov**

Recursos Útiles de Medicare Made Clear®

Planilla para Buscar Planes de Medicare

Use esta tabla sencilla para comparar planes de Medicare en paralelo, como también para seguir pasos útiles para encontrar la opción adecuada.

Planilla para Revisar Planes de Medicare

Use esta planilla para ver cómo está funcionando su cobertura actual de Medicare para usted, en dónde podría haber algún vacío y para decidir si debe hacer un cambio.

Lista de Verificación del Período de Inscripción Inicial (IEP)

Comience a comprender sus opciones de cobertura y los plazos de Medicare para poder tomar una decisión informada cuando llegue el momento.

Lista de Verificación del Período de Inscripción Anual (AEP)

Use esta lista de verificación para prepararse para el Período de Inscripción Anual (AEP) de Medicare que va del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Consejos Prácticos si Trabaja Después de los 65 Años

Use esta guía para conocer consejos importantes y respuestas rápidas a algunas preguntas comunes se inscriba o no a los 65 años.



Puede descargar estas listas de verificación y planillas de trabajo en **GetMedicareResources.com**.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) ofrece asesoramiento gratis y ayuda para elegir cobertura de Medicare. Hay oficinas del programa Seguro de Salud en todos los estados.

Alabama

1-800-243-5463

Alaska

Solo llamadas dentro del estado:

1-800-478-6065,
(TTY 1-800-770-8973)

Llamadas fuera del estado:

907-269-3680

Arizona

1-800-432-4040

Arkansas

1-800-224-6330, 501-371-2782

California

1-800-434-0222

Colorado

1-888-696-7213

Asesoramiento en Idioma Español en

Todo el Estado/Longmont:

866-665-9668

Connecticut

Solo llamadas dentro del estado:

1-800-994-9422

Llamadas fuera del estado:

860-424-5274

Delaware

1-800-336-9500

Florida

1-800-963-5337, (TTY 1-800-955-8770)

Georgia

1-866-552-4464

Guam

1-671-735-7415

Hawaii

1-888-875-9229

Idaho

1-800-247-4422

Illinois

1-800-252-8966, (TRS 711)

Correo electrónico: aging.ship@illinois.gov

Indiana

1-800-452-4800, (TTY 1-866-846-0139)

Iowa

1-800-351-4664, (TTY 1-800-735-2942)

Correo electrónico: shiip@iid.iowa.gov

Kansas

1-800-860-5260

Kentucky

1-877-293-7447

Louisiana

1-800-259-5300

Maine

1-800-262-2232, (TTY 711)

Maryland

1-800-243-3425

Massachusetts

1-800-243-4636, (TTY 1-877-610-0241)

Michigan

1-800-803-7174

Minnesota

1-800-333-2433, (TTY 1-800-627-3529)

Mississippi

1-844-822-4622

Missouri

1-800-390-3330

Montana**1-800-551-3191****Nebraska****1-800-234-7119****Nevada****1-800-307-4444****New Hampshire****1-866-634-9412****New Jersey**

Solo llamadas dentro del estado:

1-800-792-8820

Llamadas fuera del estado:

860-424-5274**New Mexico****1-800-432-2080, (TTY 1-505-476-4846)****New York****1-800-701-0501****North Carolina****1-855-408-1212****North Dakota****1-888-575-6611, (TTY 1-800-366-6888)****Ohio****1-800-686-1578, (TTY 1-614-644-3745)****Oklahoma**

Solo llamadas dentro del estado:

1-800-763-2828

Llamadas fuera del estado:

405-521-6628**Oregon****1-800-722-4134****Pennsylvania****1-800-783-7067****Puerto Rico****1-877-725-4300, (TTY 787-919-7291)**

El número de teléfono de la oficina del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Ponce es el

1-800-981-7735**Rhode Island****1-888-884-8721, (TTY 401-462-0510)****South Carolina****1-800-868-9095****South Dakota****1-800-536-8197****Tennessee****1-877-801-0044****Texas****1-800-252-9240, (TTY 1-800-735-2989)****U.S. Virgin Islands****1-340-772-7368 (STX)****1-340-714-4354 (STT/STJ)****Utah****1-800-541-7735****Vermont**

Solo llamadas dentro del estado:

1-800-642-5119

Llamadas fuera del estado:

802-865-0360**Virginia****1-800-552-3402****Washington****1-800-562-6900, (TTY 1-360-586-0241)****Washington, D.C.****202-727-8370****West Virginia****1-877-987-4463****Wisconsin****1-800-242-1060, (TTY 711)****1-855-677-2783** Línea directa para asistencia sobre medicamentos con receta, Parte D y Medigap de Wisconsin**1-800-926-4862** (Asistencia sobre la Parte D para personas con discapacidades)**Wyoming****1-800-856-4398**Visite shiphelp.org o llame a la oficina de Seguro de Salud de su estado.

Preguntas y respuestas frecuentes sobre Medicare

Tengo Medicare Original más un plan de seguro complementario de Medicare (Medigap).

Si decido inscribirme en un plan Medicare Advantage (Parte C), ¿mis planes Medigap y de la Parte C son compatibles?

No. Un plan Medicare Advantage (Parte C) y un plan de seguro complementario de Medicare (Medigap) no son compatibles. Un plan Medigap no puede pagar ninguna de sus primas, coseguro, copagos ni deducibles de la Parte C de Medicare, ni tampoco ningún reclamo fuera de la red. Si tiene un plan Medigap y se inscribe en un plan Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su Póliza de Medigap.

¿Cómo sé si mis médicos, hospitales y farmacias están en la red de mi plan de Medicare?

Puede consultar el Directorio de Proveedores del plan en Internet o llamar al número de Servicio al Cliente del plan y preguntar si sus proveedores y farmacias son parte de la red de su plan. También puede llamar al consultorio de su médico, a su farmacia y hospital preferidos directamente y preguntar si aceptan el plan.

Tengo seguro de salud del empleador ahora. ¿Qué sucede con eso cuando me jubile?

Si tiene pensado jubilarse a los 65 años, lo más probable es que necesite inscribirse en Medicare durante su Período de Inscripción Inicial, que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años. Sin embargo, su empleador puede ofrecerle cobertura para jubilados que podría permitirle demorar la inscripción. Consulte con el administrador de beneficios de su empleador para conocer sus opciones antes de tomar decisiones sobre Medicare.

¿Tengo que inscribirme yo mismo en Medicare?

Eso depende. Si usted está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario cuando empieza a cumplir los requisitos de Medicare, se le inscribirá automáticamente. Si no está recibiendo estos beneficios, deberá inscribirse usted mismo en la Parte A y en la Parte B con la Administración del Seguro Social. Si usted decide que desea un plan Medicare Advantage (Parte C), un plan de medicamentos con receta de la Parte D o un plan de seguro complementario de Medicare (Medigap), deberá inscribirse usted mismo directamente con el proveedor del plan de seguro privado.

Tengo pensado trabajar después de los 65 años. ¿Tengo que obtener Medicare?

Depende de su situación. Normalmente, si su empleador tiene más de 20 empleados, es posible que usted pueda demorar la inscripción sin multa. Pero si su empleador tiene menos de 20 empleados, probablemente deberá inscribirse en Medicare. Si su cónyuge está en el plan de su empleador, es posible que haya opciones que considerar también. Consulte con el administrador de beneficios de su empleador para conocer sus opciones. Más consejos en la página 5.

¿Qué sucede si me inscribo en un plan Medicare Advantage que usa una red de médicos y hospitales y mi proveedor deja la red?

Su plan Medicare Advantage le notificará si su proveedor deja la red del plan para que usted pueda elegir otro proveedor dentro de la red. Por lo general, usted no puede cambiar de plan en esta situación hasta la próxima Inscripción Anual de Medicare (salvo que califique para una excepción).

¿Qué sucede si me inscribo en un plan Medicare Advantage y luego me mudo? ¿Puedo llevar mi plan conmigo?

Si permanece dentro del área de servicio de su plan actual, puede conservar el plan. Si se muda fuera del área de servicio de su plan, es posible que califique para un Período de Inscripción Especial y se pueda inscribir en un nuevo plan. Usted podría elegir un nuevo plan Medicare Advantage disponible en el área a donde se muda, o podría regresar a Medicare Original (Parte A y Parte B), con la opción de agregar un plan de medicamentos con receta (Parte D), un plan de seguro complementario de Medicare, o ambos. Llame al Servicio al Cliente de su seguro privado actual para saber cuál es el área de servicio del plan.

Mi cónyuge cumple 65 años, se está jubilando y se inscribirá en Medicare. Yo tengo 61 años, no estoy trabajando y siempre he estado en el seguro de salud de mi cónyuge. ¿Qué sucede cuando mi cónyuge se inscribe en Medicare?

Medicare es un seguro individual, por lo tanto, no le brindará cobertura hasta que cumpla los 65 años, aunque su cónyuge esté en Medicare. Sepa si la cobertura de salud actual de su cónyuge puede darle cobertura después de que su cónyuge se jubile. Es posible que usted cumpla los requisitos para la cobertura de COBRA o que pueda comprar una póliza individual de seguro de salud.

Ya tengo Medicare. ¿Cómo sé qué clase de cobertura de Medicare tengo?

Las tarjetas del seguro que usa cuando consulta a un proveedor con licencia o va a un hospital pueden ayudarle a saber qué clase de cobertura tiene. La tarjeta de Medicare Original (Partes A y B) es roja, blanca y azul, y la emite el gobierno federal a través de la Administración del Seguro Social. Una tarjeta de un seguro privado es una tarjeta diferente emitida por el proveedor del plan, que sería un plan Medicare Advantage (Parte C), un plan de medicamentos con receta de la Parte D o un plan de seguro complementario de Medicare (Medigap). Llame al número que se encuentra en su tarjeta para saber más sobre su tipo de plan.



Aquí puede ver un glosario de términos usados en esta guía

Aceptación de asignación

Los médicos y otros proveedores que aceptan la asignación acuerdan tomar la cantidad aprobada por Medicare como pago total por sus servicios. Es posible que le cobren una parte del costo. Consulte la página 13.

Período de beneficios

Conforme a la Parte A de Medicare, un “período de beneficios” es un período que comienza cuando usted es admitido en un hospital para una estadía durante la noche y finaliza cuando ha estado fuera del hospital por 60 días consecutivos. Consulte la página 11.

Medicamento de marca

Un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial.

Cobertura de Gastos Médicos Mayores

Una etapa de pago de la Parte D de Medicare. En esta etapa, usted no paga nada. El plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D durante el resto del período del plan, normalmente un año calendario. Consulte la página 24.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)

La agencia del gobierno federal que administra el programa Medicare y trabaja con los estados para manejar sus programas de Medicaid.

Coseguro

Un porcentaje del costo de un servicio de cuidado de la salud que usted paga cuando lo recibe. Por ejemplo, usted podría pagar el 20% del costo total permitido de una visita al proveedor con licencia y Medicare o su plan de Medicare pagarían el 80% restante. Consulte la página 8.

Planes de cuidado coordinado

Un tipo de plan Medicare Advantage en el que su cuidado es coordinado por su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP). Estos planes también son conocidos como planes de “cuidado administrado”. Consulte la página 17.

Copago

La cantidad fija que usted paga al momento de recibir un servicio o beneficio cubierto. Por ejemplo, usted podría pagar \$20 cuando visita a un proveedor con licencia o \$12 cuando surte una receta. Consulte la página 8.

Etapas Sin Cobertura

Una etapa de pago de la Parte D de Medicare. En esta etapa, usted paga el 25% por medicamentos cubiertos. La Etapa Sin Cobertura también es conocida como “Intervalo en la Cobertura”. Consulte la página 24.

Cobertura de medicamentos acreditable

Cobertura de medicamentos con receta que proporciona cobertura que es como mínimo tan buena como la Parte D de Medicare. Usted puede demorar la inscripción en la Parte D sin multa si tiene cobertura de medicamentos acreditable.

Cuidado de custodia

Cuidado que proporciona ayuda con las actividades de la vida diaria, por ejemplo, comer, bañarse y vestirse.

Deducible

Una cantidad fija que usted paga de su bolsillo por servicios cubiertos antes de que Medicare, su plan de Medicare, o ambos, comiencen a pagar. Consulte la página 8.

Elegibilidad doble

Una persona que califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la página 9.

Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble

Un tipo especial de plan Medicare Advantage que combina sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare con su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Este plan se coordina con su plan de Medicaid y proporciona beneficios de salud adicionales que no proporcionan ni Medicare ni Medicaid. Consulte la página 19.

Programa Ayuda Adicional

Un programa que ayuda a las personas que cumplen los requisitos a pagar parte o la totalidad de sus primas, deducibles y copagos de la Parte D de Medicare. Consulte las páginas 9, 25.

Formulario

Una lista de medicamentos con receta cubiertos. Cada plan decide qué medicamentos estarán en su formulario. Consulte la página 23.

Medicamentos genéricos

Un tipo de medicamento con receta que no tiene una marca comercial, pero que tiene la misma fórmula de principios activos que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos normalmente cuestan menos que los medicamentos de marca. Consulte la página 20.

Cobertura de salud de grupo para jubilados

Ofrecida por algunos empleadores anteriores, sindicatos o fideicomisos para proporcionar a sus jubilados que cumplen los requisitos de Medicare cobertura de salud o de medicamentos adicional como parte de sus paquetes de beneficios para jubilados.

Póliza con renovabilidad garantizada

Una característica de todos los planes de seguro complementario de Medicare que garantiza que usted puede mantener el plan todos los años siempre que pague su prima y no cometa fraude contra la compañía de seguros.

Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

Un tipo de plan Medicare Advantage que proporciona cuidado a través de una red de médicos y hospitales. Si usted recibe cuidado fuera de la red, usted será responsable del costo de su cuidado en la mayoría de los casos. Las excepciones incluyen el cuidado de emergencia, cuidado de urgencia y diálisis renal. Consulte la página 18.

Cuidado de asistencia médica a domicilio

Cuidado de enfermería especializada y terapia para las personas que están recluidas en el domicilio a tiempo parcial o de forma intermitente.

Cuidados paliativos

Cuidados proporcionados a quienes tienen una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos se centran generalmente en controlar los síntomas y manejar el dolor.

Consulte la página 10.

Período de Inscripción Inicial (IEP)

Un período de 7 meses cuando cumple los requisitos por primera vez y puede inscribirse en Medicare. Consulte la página 34.

Cuidado para pacientes hospitalizados

El cuidado que recibe después de ser admitido en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía como paciente hospitalizado. Consulte la página 7.

Multa por inscripción tardía

La cantidad adicional agregada a su prima si se inscribe fuera de los períodos de inscripción establecidos. Las Partes A, B y D pueden cobrar multas por inscripción tardía. Consulte las páginas 14, 25.

Días de reserva de por vida

Un adicional de 60 días de cuidado para pacientes hospitalizados que cubrirá la Parte A de Medicare si usted está en el hospital más de 90 días en un período de beneficios. Cada día de reserva de por vida se puede usar solo una vez. Los días se pueden aplicar a diferentes períodos de beneficios. Consulte la página 11.

Medicaid

Un programa federal y estatal conjunto que ayuda a pagar los costos de cuidado de la salud para individuos y familias con bajos ingresos y pocos bienes. Consulte la página 9.

Plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos

Un tipo de plan Medicare Advantage que combina un plan de salud con deducible alto con una cuenta de ahorro bancaria autodirigida. Los fondos en la cuenta se pueden usar libres de impuestos para pagar gastos médicos calificados. Consulte la página 19.

Cuidado médicamente necesario

Servicios o suministros para el cuidado de la salud que Medicare considera necesarios para tratar una condición médica.

Medicare

Un programa federal de seguro de salud para ciudadanos estadounidenses y residentes legales de 65 años o más y otras personas menores de 65 años con una discapacidad o condición médica que califica. Consulte la página 4.

Parte A de Medicare

La parte de Medicare Original que ayuda a pagar los costos de estadías en el hospital, servicios de enfermería especializada después de una estadía en el hospital y algún otro tipo de cuidado especializado. Consulte la página 10.

Parte B de Medicare

La parte de Medicare Original que ayuda a pagar el costo de las visitas al proveedor y otros servicios médicos que no incluyen estadías en el hospital durante la noche. Consulte la página 12.

Parte C de Medicare (Medicare Advantage)

Un plan de seguro privado que proporciona beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare más cobertura adicional. Los planes son ofrecidos por compañías de seguros aprobadas por Medicare como una alternativa a Medicare Original. Consulte la página 16.

Parte D de Medicare

La parte de Medicare que ayuda a pagar el costo de los medicamentos con receta. Usted puede obtener cobertura de la Parte D de Medicare como un plan independiente de medicamentos con receta o como parte de un plan Medicare Advantage. Consulte la página 20.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MAOEP)

Un período anual, del 1 de enero al 31 de marzo, durante el cual usted puede cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage. Consulte la página 37.

Cantidad aprobada por Medicare

La cantidad que Medicare establece que se le puede pagar a un proveedor que acepta la asignación por un servicio médico cubierto. Medicare paga parte de esta cantidad, y usted paga el resto. Consulte también: Aceptación de asignación.

Período de Inscripción Anual de Medicare (AEP)

El período del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años durante el cual usted puede inscribirse, cancelar o cambiar un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Consulte la página 37.

Programas de Ahorros de Medicare

Programas federales de asistencia financiera que ayudan a las personas que cumplen los requisitos a pagar parte o la totalidad de sus primas y deducibles de Medicare. Consulte las páginas 9, 51.

Plan de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)

Un tipo de seguro que ayuda a pagar algunos de los gastos de su bolsillo que no paga Medicare Original. Los planes son vendidos por compañías de seguros privadas. También conocidos como Medigap. Consulte la página 26.

Período de Inscripción Abierta en el Complemento de Medicare

Los primeros 6 meses que está inscrito en la Parte B de Medicare a los 65 años o más. Durante este período, no tiene que responder preguntas médicas y no se le puede denegar cobertura ni se le puede cobrar una prima más alta por problemas de salud. (Las compañías de seguros también requerirán que esté inscrito en la Parte A para obtener un plan de seguro complementario de Medicare.) Consulte la página 30.

Red

Un grupo de proveedores de cuidado de la salud, como médicos, hospitales o farmacias, que acuerdan proporcionar cuidado o servicios a los miembros de un determinado plan de cuidado de la salud a tarifas acordadas. Consulte la página 17.

Fuera de la red

Un proveedor de cuidado de la salud, farmacia o servicio no incluido en la red designada de su plan (ver arriba) que podría resultar en costos adicionales. Consulte la página 17.

Máximo de gastos de su bolsillo

Lo máximo que podría pagar durante el período de un plan (generalmente un año calendario) por servicios para el cuidado de la salud cubiertos, si tiene un plan Medicare Advantage. Esta cantidad no incluye pagos de la prima, costos de medicamentos con receta o el costo de servicios adicionales ofrecidos por su plan, como servicios dentales o para la vista de rutina. Consulte la página 17.

Cuidado de pacientes ambulatorios

Cuidado proporcionado a un paciente que no es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada. Consulte la página 7.

PACE

Acrónimo de Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE). El Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores proporciona servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para ayudar a adultos mayores frágiles a vivir en sus comunidades en vez de en asilos de convalecencia u otros centros de cuidado a largo plazo.

Planes de Punto de Servicio (POS)

Un tipo de plan HMO Medicare Advantage que ayuda a pagar determinados servicios cubiertos recibidos fuera de la red de proveedores. Normalmente, usted paga más por el cuidado fuera de la red. Consulte la página 18.

Condición preexistente

Una condición médica que usted tiene cuando está solicitando una póliza de seguro.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

Un tipo de plan Medicare Advantage que le permite consultar médicos y hospitales ya sea en la red del plan o fuera de esta. Por lo general, usted pagará una parte mayor del costo por el cuidado recibido fuera de la red. Consulte la página 18.

Prima

Una cantidad fija que usted paga por la cobertura de Medicare. Puede pagar la prima a Medicare, a su plan de Medicare o a ambos, según su cobertura. La mayoría de las primas se cobran mensualmente.

Cuidado preventivo

Cuidado médico que está pensado para mantenerle saludable o para encontrar enfermedades de forma temprana, cuando el tratamiento puede ser más eficaz. Algunos ejemplos de cuidado preventivo incluyen pruebas de detección de la diabetes, vacunas antigripales y mamografías.

Plan Privado de Tarifa por Servicio (PFFS)

Un tipo de plan Medicare Advantage que le permite usar cualquier proveedor u hospital que acepte Medicare y esté de acuerdo con los términos y las condiciones de pago del plan. Consulte la página 19.

Proveedor

Una persona u organización que proporciona servicios para el cuidado de la salud, como un médico, hospital, farmacia, laboratorio o clínica para pacientes ambulatorios.

Área de servicio

El área geográfica en la que opera un plan Medicare Advantage o de la Parte D. Los miembros del plan deben vivir en el área de servicio del plan. Consulte la página 18.

Cuidado de enfermería especializada

Cuidado proporcionado por una enfermera con licencia.

Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP)

Un tipo de plan Medicare Advantage diseñado para personas que tienen necesidades de cuidado de la salud especiales. Consulte la página 19.

Terapia escalonada

Un tipo de preautorización o preaprobación usada en la Parte D en donde el plan requiere que usted pruebe un medicamento menos costoso para ver si funciona antes de cubrir un medicamento más caro. Consulte la página 23.

Formulario clasificado en niveles

Una lista de medicamentos organizada en grupos según el costo. Por ejemplo, es posible que un medicamento genérico esté en un nivel más bajo y tenga un copago menor que una versión de marca del medicamento.

**Esperamos que esto
le haya ayudado y
que encuentre un
plan que se
adapte a sus
necesidades.**





Escanee el código QR de arriba para escuchar **8 Consejos Prácticos sobre Medicare** diseñados para ayudarle a iniciar su camino hacia Medicare

¿Desea obtener más información?

Visite [medicaremadeclear.com](https://www.medicaremadeclear.com)



Cómo escanear el código QR:

Paso 1: Abra la aplicación de la cámara en su teléfono inteligente

Paso 2: Apunte la cámara al código QR

Paso 3: Toque el enlace

Medicare Made Clear® fue creado para usted por UnitedHealthcare

Y0066_24MMCGuide_C SP

SPRJ83044