CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

Medicare Y Usted 2010

La publicación oficial del gobierno que contiene información importante sobre:

- ★ Qué es lo nuevo en Medicare
- ★ Los costos
- ★ Los servicios que están cubiertos
- ★ Los planes de salud y de medicamentos recetados
- ★ Sus derechos como beneficiario de Medicare
- ★ El uso de la tecnología para el control de su información médica

¿Desea Ahorrar?

¡Hay Ayuda Adicional disponible!

Más de 2 millones de personas cumplen los requisitos para obtener ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados, pero no lo saben. No se pierda la oportunidad de ahorrar. Para obtener más información consulte las páginas 78–81.

Escoja recibir los manuales futuros electrónicamente.

Ahorre dinero y ayude a proteger el medio ambiente consultando los manuales "Medicare y Usted" futuros electrónicamente (también conocido como e-Manual). Visite www.MiMedicare.gov para inscribirse y solicitar los futuros e-Manuales incluida la versión del 2011. Nosotros le enviaremos el manual por correo electrónico el próximo octubre cuando esté disponible. El correo electrónico incluirá un enlace para que consulte el manual en www.medicare.gov. Si opta por recibirlo electrónicamente, no se le enviará una copia impresa por correo.

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

Esto puede ocurrir si hay una pequeña diferencia en la manera en la que usted o su cónyuge ingresaron la dirección en el sistema de correspondencia del Seguro Social. Si quiere recibir solamente una copia, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Bienvenido a Medicare y Usted 2010

Me honra y complace presentar este manual—la fuente de información más confiable y oficial para obtener respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos estamos esforzándonos más que nunca para orientar a Medicare hacia el futuro. Cada día representa para nosotros un nuevo compromiso para avanzar en nuestros objetivos de reforma del seguro médico para reducir los costos, ofrecer opciones y garantizarle el acceso a servicios médicos de calidad y al alcance de su bolsillo.

Mantenerlo en buen estado de salud es nuestra prioridad. El 17 de febrero de 2009, el Presidente Obama firmó la Ley de Recuperación y Reinversión Estadounidense. Esta ley se concentra en dos áreas, entre otras, para garantizar la salud y el bienestar de la nación:

1. **Fortalecer la atención preventiva y el bienestar** para que las personas vivan más tiempo y mejor.
2. **Invertir en la tecnología informática de la salud** para mejorar la calidad de la atención y reducir los errores médicos.

Hay ciertas cosas que usted puede hacer para contribuir a este esfuerzo:

- Aproveche los servicios preventivos que le ofrece Medicare. Use la lista de la página 40 y pregúntele a su médico o proveedor de la salud cuáles son los servicios preventivos que necesita.
- Averigüe acerca de la tecnología disponible para ayudarle a mejorar sus servicios médicos. Consulte la página 123 si desea más información sobre el uso de la tecnología informática para el control de su información médica.

Este manual también incluye otros datos importantes y cambios para el 2010. Para conseguir información más actualizada sobre los cambios a Medicare, visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Le saluda atentamente,

/s/

Kathleen Sebelius

Secretaria de Salud
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Cómo Usar Este Manual

Guarde este manual para consultarlo en el futuro. Tal vez se hayan hecho cambios después de su impresión. Para obtener la información más actualizada llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Encuentre Lo que Necesita

Tabla de Contenidos	Lista de temas por sección	Páginas 5–6
Índice	Lista de temas en orden alfabético	Páginas 7–10
Mini tablas del contenido	Lista de temas en cada sección	Páginas 15, 41, 77, 85, 99, 105
Las palabras en color azul	Las palabras en color azul se explican en la sección "Definiciones"	Páginas 115–118
!	Destaca información importante	En todo el manual
	Destaca los servicios preventivos	Páginas 26–38, 40

"Medicare y Usted" no es un documento legal. Las normas oficiales del Programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Contenido

Medicare y Usted 2010

4 Cómo Usar Este Manual

7 Índice—Una Manera Rápida de Encontrar lo que Necesita

11 Lo Nuevo e Importante en el 2010

12 Lo Básico de Medicare

12 ¿Qué es Medicare?
13 Sus Opciones de Cobertura Medicare
14 Dónde Puede Obtener Respuestas para sus Preguntas

15 Sección 1—Los Servicios Cubiertos (Partes A y B de Medicare)

19 La Parte A y los Servicios que Cubre
25 La Parte B y los Servicios que Cubre
39 Lo que las Partes A y B NO Cubren
40 Lista de los Servicios Preventivos

41 Sección 2—Sus Opciones Medicare

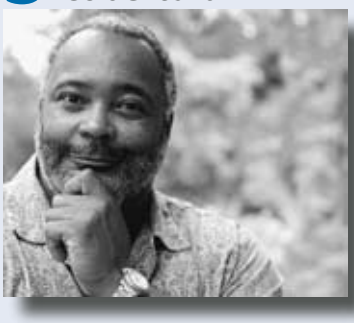
42 Decida Cómo Obtener sus Beneficios Medicare
44 Lo que Debe Tener en Cuenta al Escoger o Cambiar su Cobertura
45 El Medicare Original
50 Los Planes Medicare Advantage (como los HMO o los PPO) (Parte C)
58 ¿Cuándo Puede Inscribirse, Cambiar o Cancelar su Plan Medicare Advantage?
60 Otros Planes de Salud de Medicare
62 La Cobertura de Medicare de las Recetas Médicas (Parte D)
63 ¿Cuándo Puede Inscribirse, Cambiar o Cancelar su Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

Continuación ⇨

11 ¿Qué es lo nuevo?

19 ¿Qué cubre?

43 Opciones de cobertura



Contenido (continuación)

73 ¿Quién Paga Primero Cuando Usted Tiene Otro Seguro?
74 Las Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

77 Sección 3—Programas Para Las Personas Con Ingreso y Recursos Limitados

78 Ayuda Adicional para Pagar por la Cobertura de Recetas Médicas (Parte D)
82 Medicaid
83 Programas de Ahorros de Medicare (Ayuda con los Costos de Medicare)

85 Sección 4—Protéjase y Proteja a Medicare

86 Sus Derechos Medicare
86 ¿Qué es una Apelación?
92 Cómo Medicare usa su Información Personal
94 Protéjase del Fraude y del Robo de Identidad
96 Protéjase y Proteja a Medicare del Fraude en la Facturación

99 Sección 5—Planifique con Anticipación

105 Sección 6—Si Desea Más Información
(Números de teléfono, sitios Web, publicaciones)

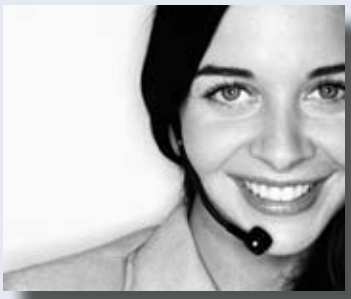
115 Sección 7—Definiciones

119 Los Costos de Medicare

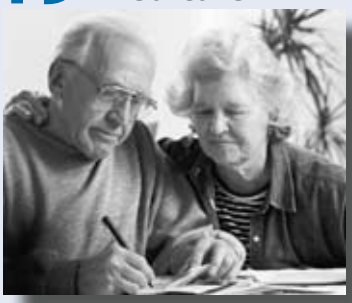
123 Use la Computadora para Controlar la Información sobre su Salud

78 ¿Necesita ayuda con los costos?

94 Fraude y robo de identidad



119 Los costos de Medicare



Índice

NOTA: Los números en **negritas** indican la página con información más detallada.

A

Abuso de sustancias 33
Acupuntura 39
Aneurisma aórtico abdominal **26**, 40
Ansiedad (vea Salud Mental) 33
Anteojos 30
Aparatos de asistencia auditiva/audífonos **31**, 39
Aparatos ortopédicos (cuello/piernas/brazos) 35
Apelación **86–91**, 106–107
Archivo médico electrónico 44, **123**
Área de servicio 44, 52, 58, 59, 63–64, **118**
Asignación 25, 46–**47**
Asilos para ancianos 57, 81–82, 100–101, **104**, 108
Asistente médico 33
Atención urgente **38**, 48, 50, 55, 57, 59
Autorización para divulgar información médica personal 106
Aviso al Beneficiario por Adelantado 89
Aviso sobre privacidad/confidencialidad 92–93
Ayuda adicional (para pagar por la cobertura de sus recetas médicas) 49, 62, **78–81**, 116
Ayuda con los costos 49, 54, **78–84**
Ayuda para dejar de fumar **36**, 40

B

Beneficios para Veteranos (VA) 14, **72**
Bienvenido a Medicare (Examen físico) 26, 30, **34**, 40
Brazos y miembros artificiales 35

C

Calidad de la atención 14, **44**, 61, 105, 107–108, 123
Cancelación 52, **59**, 118
Cataratas 30
Centros médicos autorizados federalmente **31**, 36

C (continuación)

Centro de cirugía ambulatoria **26**, 28
Centro de Enfermería Especializada (SNF) 12, 16, **20**, 88, 100, 116–117, 120
Cirugía estética 39
Clínica de salud rural 35–36
Cobertura acreditable/válida de medicamentos recetados 49, 62, **67**, 71–72, **116**
Cobertura catastrófica 66
COBRA 20, 24, **71**
Cobertura de su empleador **24**, 43–45, 49, 52–53, 61, 64, 68, **72**, **74**
Cobertura de recetas médicas de Medicare 43–44, 49, **62–72**, 78–81, 90–91, 122
Colonoscopía 26, **28**, 40
Contrato (privado) 48
Consejería para dejar de fumar **36**, 40
Coordinación de beneficios 14, **73**
Copago 19–20, 26–39, 54, 65–66, 74–75, 78, **115**, **120–121**
Coseguro 19–20, 26–39, 43, 45, 52, 65–66, 74, 78, 83, **115**, **120–121**
Costos 16, 21, 25, 44–47, 54, 65–66, 74, 78–83, **119–122**
Cuidado de custodia/compañía 20, 100, **116**
Cuidado dental/dentaduras **39**, 50, 84
Cuidado de hospicio 16, **19**, 50, 120
Cuidado de la salud en el hogar 16, **19**, 32, 82, 89, 120–121
Cuidado a largo plazo 20, 39, 61, 82, **100–102**
Cuidado Total de Salud para Ancianos 61, 82, **101**
Cuidado urgente **38**, 51

NOTA: Los números en **negritas** indican la página con información más detallada.

D

Deducible 19–20, 25–39, 43, 45, 52, 54, 65–66, 74–75, 78, 83, **116**, **120–121**
Definiciones 115–118
Departamento de Defensa 14
Departamento de Asuntos de Veteranos 14, 67, **72**
Depresión (vea Salud Mental) 33
Derechos **86**–**93**, 97–98
Diabetes **29**-31, 33, 40, 57
Determinación de cobertura (Parte D) 90–91
Diálisis renal 12, 18, **32**, 52–**53**, 55, 57, 107–108
Días de reserva de por vida/vitalicios **116**, 120
Discriminación 86, **97**

E

Electrocardiograma (EKG) **30**, 36, 40
E-Manual cara interna de la portada
Enema de bario **28**, 40
Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) 12, 18, 22–23, 32, 51–**53**, 73
Enfermera registrada 33
Equipo médico duradero (como andadores) 19, **30**, 32, 35, 47, 120–121
Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) 17, 22
Estudios de investigación clínica 20, **27**
Evaluación cardiovascular **27**, 40
Evaluación de cáncer colorrectal **28**, 40
Examen de equilibrio 31
Examen de glaucoma **31**, 40
Examen de los pies 31
Examen de los senos **34**, 40
Examen de la vista **30**, 31
Examen de sangre oculta en la materia fecal **28**, 40
Exámenes 27–29, 32, 34, **37**, 39, 40, 101
Evaluación de la próstata (prueba de PSA) **35**, 40
Examen Papanicolau **34**, 40, 55, 57
Examen pélvico **34**, 40, 55, 57
Excepción (Parte D) 69, **90–91**

F

Facturas (reclamaciones) 46, **73**, 89, 96
Falta de cobertura **65–66**, 78
Formulario (medicamentos) 44, 65, **69**, 78
Fraude (facturación) 94–97

H

Historial clínico electrónico 123

I

Ingresos limitados 49, 62, **78–81**, 116
Inscripción:
- Plan Medicare de Medicamentos Recetados 43, **62–72**, 90–91, 122
- Plan de Salud de Medicare 52, **58–61**

Institución/centro 57–58, 63, 79, 81, **116**
Centros de salud religiosos no médicos 16
Instrucciones por Adelantado **103–104**
Intermediario del beneficiario de Medicare 98
Internación en el hospital 16, **20**, 30, 120
Internet 17, 23, 25, 42, 47, 80, 87, 95, **109**
Interrupción de cobertura **65–66**, 78

J

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) **14**, 17–18, 21–23, 46, 106, 119

L

Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) 22, 24, **71**
Localizador Eldercare 101–102

M

Mamografía **32**, 40, 55, 57
Medicaid 57–58, 61, 63, 73, 79, 81–**82**, 101
Medicamentos (para paciente ambulatorio) **35**, 69, 120
Medicamentos (recetados) 12, 35, 44–49, 55–57, **62–72**, 78–82, 120
Medicare
- Parte A **16–20**, 43, 119–120
- Parte B **21–38**, 43, 119, 121
- Parte C 43, **50–59**, 122
- Parte D 43–44, 49, **62–72**, 78–81, 90–91, 122

NOTA: Los números en **negritas** indican la página con información más detallada.

M (continuación)

Medicare Original 13, 43, **45–49**, 74–75, 87–89, 92–93, 120–121
Medición de masa ósea/densitometría **27**, 40
Médico de cuidado primario/de cabecera 45, 55–57, **117**–118
Miembros artificiales 35

N

Necesario por razones médicas 21, 25, 30, 69, 100, **117**
Niveles (formulario) **69**, 90

O

Oficina de Derechos Civiles 14, 93, **97**
Oficina del Inspector General (Departamento de Salud y Servicios Humanos) **14**, 96–97
Oficina de Administración de Personal Federal **14**, 72, 100
Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) 61, 80, **82–83**, 101, 106
Opciones de pago (prima) **70**, 119
Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) 43, 50, **55**
Organización para el Mejoramiento de Calidad 14, 88, 105, **118**
Ortóticos 35
Oxígeno 30, 106

P

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos) 61, 82, **101**
Palabras en color azul 4, **115–118**
Parte A (Seguro de Hospital) **16–20**, 43, 119–120
Parte B (Seguro Médico) **21–38**, 43, 119, 121
Parte C 43, **50–59**, 122
Parte D 43, 49, **62–72**, 78–81, 90–91, 122
Penalidad por inscripción tardía:
- Parte A 18
- Parte B 21–24
- Parte D **67**, 78, 122

Pérdida de la tarjeta de Medicare 14, **17**
Período de beneficio **115**, 120

P (continuación)

Período Especial de Inscripción 18, **22**–24, 63, 71
Período General de Inscripción 18, **22–23**
Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) **56**, 58, 62
Plan Medicare de Costo 60
Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO por su sigla en inglés) 43, 50, **55**
Planes para Necesidades Especiales 53, **57**
Planes Medicare de Medicamentos Recetados 43, 49, **62–72**, 78–81, 90–91, 122
Planes Medicare Advantage (HMO o PPO) 43, **50–59**, 87
Planes Medicare SELECT 74, 75
Planes Privados de Pago por Servicio **56**, 62
Plan de salud grupal (Empleador) **24**, 43–45, 49, 52–53, 60, 67, **71**, 73, 80, 100
Poder legal 103
Póliza Medigap (Servicio Suplementario a Medicare) 23–24, 43, 45, 48, 52, 59, 71, **74–76**
Primas 16–18, 21, 43–45, 54, 60, 65–70, 75, 78–79, 83, 92, 96, **117**, 119
Programa de Adquisición Competitiva 30–31
Programas Comunitarios 101
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) **14**, 42,107–108, 110–113
Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica 82
Programa SMP (Senior Medicare Patrol) 95
Programas de Ahorros de Medicare 79, **83**
Programas piloto 13, **61**, 117
Prueba de glaucoma **31**, 40
Publicaciones 109

R

Rayos X 32, 34, **36**
Reclamaciones **45–47**, 87, 106–107
Red de ESRD 53
Reemplazo de la tarjeta de Medicare 14, **17**
Referido 26, 30, 34, 44–45, 50–51, 55–57, **118**

NOTA: Los números en **negritas** indican la página con información más detallada.

R (continuación)

Representante legal para decisiones médicas **103**, 104
Resumen de Medicare (MSN) **46**, 87, 92, 96–97
Robo de identidad **94–95**, 97

S

Sala de emergencias 20, **30**, 69, 106
Salud mental 20, **33**, 120–121
Sangre 19, 26, **120–121**
Segunda opinión sobre una cirugía 35
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 79, **84**
Seguro médico de jubilado **24**, 43–45, 49, 52–53, 67, 71–73, 80, 100
Seguro médico para empleados federales 14, 24, **72**
Seguro médico para niños 84
Seguro privado **71**, 50–72, 100
Seguro Social **14**, 16–18, 21–23, 70, 80–81, 84, 94, 119
Servicios ambulatorios del hospital 33–**34**
Servicios clínicos de laboratorio **27**, 121
Servicios cubiertos (Partes A y B) 19–20, 26–38, 40, **120–121**
Servicios de ambulancia 26, 38
Servicios de patología del lenguaje 19, 32–33, **36**, 121
Servicios preventivos 25–36, **40**, 106–107
Servicios de Salud para Indígenas 44, 52, **72**
Servicios de trasplante 37
Servicios que no brinda el médico 33
Servicios quiroprácticos 27
Sigmoidoscopia flexible 26, **28**, 40
Silla de ruedas **30**, 106
Sindicato **24**, 43–45, 49, 52–53, 67, **71**, 73, 80, 100
Sitio Web 2, 59, 64, 80, 95, **107**–108
Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) 49, 62, **78–81**, 116
Suministros médicos 19–20, 25, **29–36**, 46–47, 86, 96, 106

T

Tecnología para el control de su información médica 123
Teléfono de texto (TTY) 14, 106, **118**
Telemedicina 36

T (continuación)

Terapia de nutrición **33**, 40
Terapia física 19–20, 32–**34**, 121
Terapia ocupacional 19, 32–**33**, 121
Testamento en vida 103
Trasplante renal/de riñón 12, 18, 33, **37**, 53
TRICARE 14, 24, 67, **73**–73

V

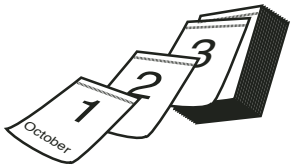
Vacunas 25, 31, 34–35, **40**, 69
Vacuna contra el Herpes Zoster 69
Vacuna contra la gripe/influenza **31**, 40
Vacuna contra la Hepatitis B **31**, 40
Vacuna contra la neumonía o pulmonía **35**, 40
Vendaje quirúrgico 36
Viaje al extranjero **38**, 44, 74
Vista 30, 50

W

www.medicare.gov 107
www.MiMedicare.gov 2, 40, 46, 87, **107**

- **Salud Mental**—Precios más bajos para el tratamiento ambulatorio. Vea la página 33.
- **Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)**—Cambios en los planes. Vea la página 74.
- **Seguro Médico para los Niños**—Sus hijo o sus nietos podrían ser elegibles para el seguro médico a través de este programa amplio. Vea la página 84.
- **Información para Quienes Cuidan a Otros**—Si usted ayuda a otra persona a tomar decisiones relacionadas con Medicare, hay dos recursos que le permitirán obtener la información que necesita. Vea la página 109.
- **Planes Medicare de Salud y de recetas médicas**—Visite www.medicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para los planes disponibles en su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- **Lo que Usted Paga por su Cobertura de Medicare (Partes A y B)**—Los costos aparecen en las páginas 119–122.
- **Nuevas Maneras de Administrar su Información Médica**—Herramientas que le permitirán reducir el papeleo y mejorar la calidad de la atención. Vea la página 123.

La Cobertura y los Costos Cambian Cada Año.



Marque en su calendario estas fechas importantes! Su salud, sus finanzas o su cobertura tal vez hayan cambiado en el último año. Revise su cobertura para el año próximo y fíjese si el costo, la cobertura, la calidad y la comodidad se ajustan a sus necesidades.

Octubre de 2009: Compare sus Opciones de Cobertura Medicare

Compare su cobertura con otras y verificar si hay otra opción que le convenga más. Vea la página 13.

15 de noviembre–31 de diciembre de 2009: Inscripción Abierta

Usted puede cambiar su plan médico o su plan de medicamentos para el 2010. Consulte las páginas 58 y 63 para averiguar cuáles son los otros momentos en los que está autorizado a cambiar de plan o a quedarse en un plan.

1 de enero de 2010: Comienza la Cobertura y Nuevos Costos para el 2010

Si usted se cambió de plan la nueva cobertura entra en vigencia. También comienza la nueva cobertura y nuevos costos si usted se quedó en su plan actual.

Al final del año, los planes médicos y de medicamentos recetados pueden decidir si permanecen o no en Medicare. Si desea más información sobre sus opciones, consulte las páginas 59 y 64.

¿Qué es Medicare?

Medicare es un seguro médico para:

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

Las Partes de Medicare

Las distintas partes de Medicare cubren servicios específicos. Medicare está formado por:

La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)

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

Consulte las páginas 16–20.

La Parte B de Medicare (Seguro Médico)

- Los servicios de los médicos, servicios ambulatorios y el cuidado de la salud en el hogar
- Algunos servicios preventivos para que se mantenga sano y para evitar que ciertas enfermedades empeoren

Consulte las páginas 21–38.

La Parte C de Medicare (Planes Medicare Advantage) (HMO o PPO)

- Una opción de cobertura médica ofrecida por compañías privadas aprobadas por Medicare
- Incluyen los servicios de las Partes A y B y generalmente otros beneficios como la cobertura de los medicamentos recetados

Consulte las páginas 50–59.

La Parte D de Medicare (Cobertura de las Recetas Médicas)

- Una opción de medicamentos ofrecida por compañías privadas aprobadas y bajo contrato con Medicare
- Puede ayudarle con los costos y reducir sus gastos de medicamentos y protegerlo contra aumentos en los precios de los medicamentos en el futuro

Consulte las páginas 62–72.

Sus Opciones de Planes Medicare

Si está inscrito en Medicare, usted puede escoger cómo recibe sus servicios de salud y la cobertura de sus recetas médicas. Abajo encontrará una descripción breve de sus opciones. La Sección 2 contiene más detalles sobre estas opciones e información que lo ayudará a escoger la mejor para usted.

El Medicare Original Vea las páginas 45–49.

- Administrado por el gobierno federal.
- Brinda la cobertura de las Partes A y B.
- Usted puede consultar a cualquier médico u hospital que acepte Medicare.
- Si desea añadirle la cobertura de medicamentos, puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.
- Puede comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) vendida por una compañía privada, para que pague por los servicios que las Partes A y B no cubren.

Los Planes Medicare Advantage (como los HMO o PPO) Vea las páginas 50–59.

- Administrados por compañías privadas aprobadas y bajo contrato con Medicare.
- Brindan la cobertura de las Partes A y B pero pueden cobrar cantidades distintas por ciertos servicios. También pueden ofrecer cobertura adicional y la cobertura de sus recetas médicas por un precio adicional. **El costo de los suministros y servicios varía en cada plan.**
- Si desea la cobertura de medicamentos recetados debe obtenerla del plan (en la mayoría de los casos).
- No necesita ni puede usar una póliza Medigap si está inscrito en un Plan Medicare Advantage.

Otros Planes de Salud de Medicare Vea las páginas 60–61.

- No son Planes Medicare Advantage pero siguen siendo parte del programa Medicare.
- Incluyen los Planes de Costo, los Programas Piloto y los Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE por su sigla en inglés).
- Algunos planes brindan la cobertura de las Partes A y B, y algunos también ofrecen la de medicamentos recetados (Parte D).

Nota: Tal vez usted tenga un seguro médico y/o un plan de medicamentos recetados a través de su empleador o sindicato actual o antiguo que pueda afectar en sus opciones.

Consulte el cuadro en la página 43 para averiguar sobre sus opciones Medicare y las decisiones que debe tomar.

Dónde Puede Obtener Respuestas a sus Preguntas

1-800-MEDICARE Para información general y otros teléfonos importantes.	1-800-633-4227 TTY 1-877-486-2048
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) Para asesoría personalizada sobre seguros médicos y ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de salud; información sobre programas para personas de bajos ingresos y recursos limitados y ayuda con sus reclamaciones, facturas y apelaciones.	Vea las páginas 110–113.
Seguro Social Para reemplazar su tarjeta de Medicare, hacer el cambio de domicilio o de nombre, para obtener información sobre la elegibilidad para las Partes A y B e inscripción, para obtener Ayuda Adicional para pagar por su cobertura de medicamentos; averiguar sobre las primas y para informar sobre una defunción.	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778
Contratista de Coordinación de Beneficios Para averiguar si es Medicare o su otro seguro el que debe pagar primero y para avisar sobre cualquier cambio en la información sobre su seguro.	1-800-999-1118 TTY 1-800-318-8782
Departamento de Defensa Para información sobre TRICARE for Life.	1-866-773-0404 TTY 1-866-773-0405
Departamento de Salud y Servicios Humanos **Oficina del Inspector General** Si sospecha de un fraude.	 1-800-447-8477 TTY 1-800-377-4950
Oficina de Derechos Civiles Si cree que lo han discriminado o los derechos sobre su información privada de salud han sido violados.	1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697
Departamento de Asuntos para Veteranos Si usted es un veterano o ha servido en las Fuerzas Armadas.	1-800-827-1000 TTY 1-800-829-4833
Oficina de Administración de Personal Federal Para información sobre el Seguro Médico para Empleados Federales, para los empleados federales actuales y retirados.	1-888-767-6738 TTY 1-800-878-5707
Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés) Si recibe beneficios de RRB, llámelos para informarles sobre cambio de domicilio o de nombre, inscripción en Medicare, para reemplazar su tarjeta de Medicare o informar sobre una defunción.	Llame a la oficina local de RRB o al 1-877-772-5772
Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO por su sigla en inglés) Para hacer preguntas o presentar quejas sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, o si piensa que el servicio que le brindan está terminando antes de tiempo.	Para obtener el teléfono de su QIO, llame al 1-800-MEDICARE.

SECCIÓN 1

Los Servicios Cubiertos (Partes A y B de Medicare)

Esta sección contiene información que puede ayudarle a tomar decisiones informadas sobre su salud. También le explica lo que cubren las Partes A y B de Medicare y cómo inscribirse.

La Sección 1 le ofrece información sobre:

Parte A (Seguro de Hospital)

Qué es y Cómo Inscribirse 16–18

Los Servicios Cubiertos 19–20

Parte B (Seguro Médico)

Qué es y Cómo Inscribirse 21–25

Los Servicios Cubiertos 26–38

Lo que las Partes A y B NO Cubren 39

Lista de los Servicios Preventivos 40

¿Cuáles son los Servicios que Cubre Medicare?

Medicare cubre ciertos servicios médicos y suministros en hospitales, consultorios médicos y otros centros de salud. Los mismos están cubiertos por la Parte A (Seguro de Hospital) o por la Parte B (Seguro Médico) de Medicare. Si tiene las Partes A y B podrá obtener todos los servicios cubiertos por Medicare que se mencionan en este manual, independientemente del tipo de cobertura Medicare que escoja.

En las páginas 19–20 encontrará la lista de los servicios que cubre la Parte A y los requisitos. En las páginas 26–38 encontrará la lista de los servicios que cubre la Parte B.

¿Qué es la Parte A (Seguro de Hospital) de Medicare?

La Parte A de Medicare, le ayuda a pagar por:

- Su internación en hospitales (incluye los hospitales de acceso crítico, centros de rehabilitación, y hospitales de cuidado a largo plazo)
- Internación en centros de enfermería especializada (no paga por el cuidado de custodia ni por el cuidado a largo plazo)
- Cuidado de hospicio
- Cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)
- Internación en una Institución Religiosa No Médica para servicios de salud (un centro que brinda servicios que no son ni médicos ni religiosos y atiende a las personas que necesitarían recibir los servicios en un hospital o centro de enfermería especializada, pero que por creencias religiosas no aceptan ir al hospital o al SNF).

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

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

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

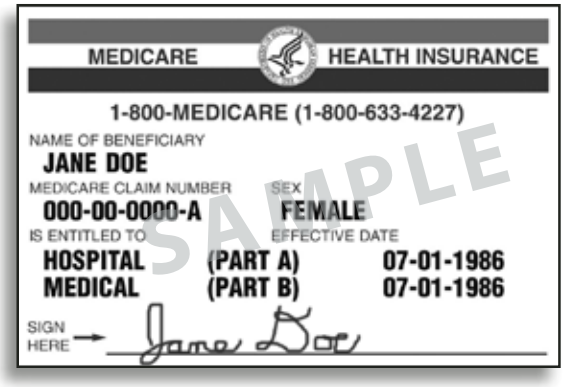
- Tiene 65 años o más y le corresponde o se inscribe en la Parte B y cumple los requisitos de nacionalización o residencia.
- Tiene menos de 65 años, está incapacitado, y la cobertura de la Parte A sin pago de prima terminó porque regresó a trabajar.

Si desea información sobre la prima de la Parte A, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Nota: La prima a pagar por la Parte A se encuentra en la página 119.

¿Qué es la Parte A (Seguro de Hospital)? (continuación)

En la mayoría de los casos si escoge comprar la Parte A, también debe inscribirse en la Parte B y pagar las primas mensuales correspondientes. **Si tiene ingresos y recursos limitados, su estado podría ayudarle a pagar por la Parte A y/o la Parte B. Vea la página 83.**



Usted puede averiguar si tiene la Parte A fijándose en su tarjeta de Medicare.

Nota: Mantenga la tarjeta en un lugar seguro. Usted la usará para obtener los servicios cubiertos por el Medicare Original. Si se inscribe en un plan de salud de Medicare, tendrá que usar la tarjeta del plan para obtener los beneficios cubiertos por Medicare.

¿Ha perdido o se le ha dañado su tarjeta de Medicare?

Para solicitar una tarjeta nueva visite www.socialsecurity.gov, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si recibe los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la oficina local de RRB o al 1-877-772-5772 o visite www.rrb.gov y seleccione “Beneficios en línea” (Internet).

La Inscripción en la Parte A

Muchas Personas Reciben la Parte A Automáticamente

Si recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés), obtendrá la Parte A automáticamente, a partir del primer día del mes en el que cumpla 65 años. Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, obtendrá la Parte A automáticamente, una vez que haya recibido los beneficios por incapacidad del Seguro Social o de RRB por 24 meses. Le enviarán su tarjeta de Medicare por correo aproximadamente 3 meses antes de cumplir 65 años o en su mes número 25 de sus beneficios por incapacidad.

Las personas que padecen de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS por su sigla en inglés) también llamada enfermedad de Lou Gehrig obtendrán la Parte A automáticamente en el mes en que empiecen a recibir los beneficios por incapacidad.

La Inscripción en la Parte A (continuación)

Algunas Personas Deben Inscribirse en la Parte A

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Si no está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) (por ejemplo si aún sigue trabajando), tendrá que inscribirse en la Parte A. Usted tendrá que hacerlo (aun si es elegible para la Parte A sin el pago de la prima). Debe comunicarse con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir 65 años. Si trabaja para los ferrocarriles, debe inscribirse llamando a RRB.

Si tiene que inscribirse en la Parte A, debe hacerlo durante:

- **El Período Inicial de Inscripción**—Cuando es elegible para Medicare por primera vez (es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de su cumpleaños número 65, incluye el mes de su cumpleaños y termina 3 meses después de cumplir 65 años).
- **El Período General de Inscripción**—Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de julio. Tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía.
- **El Período Especial de Inscripción**—Si usted o su cónyuge (o familiar si usted está incapacitado) está trabajando y usted tiene cobertura de salud grupal de empleador o sindicato. Vea la página 22.
- **El Período Especial de Inscripción para Voluntarios Internacionales**—Si usted trabaja como voluntario en el extranjero. Vea la página 22.

Si no es elegible para la Parte A sin prima, tal vez pueda comprarla. Sin embargo, si no se inscribe en la Parte A cuando es elegible por primera vez, la prima mensual podría aumentar hasta 10 por ciento. Usted tendrá que pagar esta prima más cara por el equivalente al doble de los años en los que pudo haber tenido la Parte A pero no lo hizo. Por ejemplo si fue elegible para la Parte A pero por 2 años decidió no inscribirse, pagará una prima más alta por 4 años, a menos que le otorguen un período especial de inscripción.

Si desea más información sobre la Parte A visite www.socialsecurity.gov o llame a la oficina del Seguro Social. Si usted tiene beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la oficina local de RRB o al 1-877-772-5772.

Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés) las normas son diferentes. Usted puede inscribirse en la Parte A en su oficina local del Seguro Social o llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Para obtener más información sobre cómo inscribirse en Medicare si padece de ESRD, visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10128_S.pdf y obtenga una copia de "La Cobertura Medicare de la Diálisis Renal y los Servicios de Trasplante de Riñón".

Los Servicios Cubiertos por la Parte A de Medicare

Sangre	En la mayoría de los casos, el hospital obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, en cuyo caso usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Si el hospital debe comprar la sangre que le darán, deberá pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente (usted u otra persona).
Servicios de Salud en el Hogar (atención domiciliaria)	Cuidado limitado necesario por razones médicas, intermitente o a tiempo parcial, de enfermería especializada, terapia física, terapia ocupacional continua, o terapia del lenguaje/habla ordenados por su médico y brindados por una agencia de cuidado de salud en el hogar certificada por Medicare. Los servicios del cuidado de la salud en el hogar también incluyen los servicios médicos sociales, servicios de ayuda en el hogar, equipo médico duradero (consulte la página 30) y suministros médicos para el hogar. Usted debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de su casa requiere mucho esfuerzo.
Cuidado de Hospicio	Para personas con una enfermedad terminal que se espera que vivan 6 meses o menos (de acuerdo a lo certificado por el médico). La cobertura incluye, medicinas para el dolor o para controlar los síntomas, servicios médicos, de enfermería, servicios sociales y otros servicios cubiertos así como los servicios que Medicare generalmente no cubre, como consejería si tiene alguna pena. Por lo general, el cuidado de hospicio se brinda en su hogar (o en otro centro si ese es su hogar). Sin embargo, Medicare cubre una estadía corta en un hospital para aliviar el dolor y los síntomas (que no pueda tratarse en el hogar), en un centro aprobado como un hospicio, centro de enfermería especializada u hospital, y el cuidado de relevo para paciente interno (cuidado que se le brinda a un paciente de hospicio por otro cuidador, para que descanse el cuidador de costumbre). Usted puede quedarse en un centro aprobado por Medicare hasta 5 días cada vez que recibe cuidado de relevo. Medicare podría pagar por servicios de salud que no estén relacionados con su enfermedad terminal. Usted puede seguir recibiendo cuidado de hospicio por el tiempo que sea mientras que el director médico o el médico del hospicio sigan certificando que usted padece una enfermedad terminal.

Tal vez se aplique un deducible, copago, o coseguro para cada servicio. Para costos específicos y otra información sobre estos servicios, vea la página 120.

Los Servicios Cubiertos por la Parte A de Medicare

Estadías en el Hospital	Habitación semi-privada, comidas, enfermería general, medicamentos mientras esté internado y otros servicios y suministros de hospital. Esto incluye internación en hospitales de acceso crítico, internación en hospitales para cuidados agudos, dependencias de rehabilitación para pacientes internos, hospitales de atención a largo plazo, internación como parte de un estudio de investigación y servicios de salud mental. **No** incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación (si se cobran por separado), ni artículos para higiene personal (medias antideslizantes, afeitadoras, etc.). Tampoco incluye una habitación privada, a menos que sea necesario por razones médicas. Los servicios del médico y de la sala de emergencia recibidos durante su internación son pagados por la Parte B.
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada	Habitación semi-privada, comidas, enfermería especializada y rehabilitación, y otros servicios y suministros médicos (después de una estadía relacionada de 3 días en el hospital por una enfermedad o lesión). Para obtener atención en este centro, su médico debe indicar que usted necesita servicios diarios de enfermería especializada como la aplicación inyecciones endovenosas o terapia física. Medicare **no** cubre el cuidado a largo plazo o el cuidado de custodia en este tipo de centro.

Tal vez se aplique un deducible, copago o coseguro para cada servicio. Para costos específicos y otra información sobre estos servicios, vea la página 120.

Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o si tiene otro seguro médico (como una póliza Medigap o la cobertura de su empleador o sindicato), sus costos tal vez sean diferentes.
Si desea más información sobre los costos comuníquese con el plan.

¿Qué es la Parte B (Seguro Médico) de Medicare?

La Parte B ayuda a pagar los servicios del médico, el cuidado para paciente ambulatorio, el cuidado de la salud en el hogar y otros servicios necesarios por razones médicas. La Parte B también cubre algunos servicios preventivos. Para averiguar si tiene la Parte B, fíjese en su tarjeta de Medicare.

¿Cuánto Cuesta la Parte B?

Usted paga una prima mensual. La mayoría de los beneficiarios pagan la cantidad estándar. Sin embargo, si su ingreso bruto ajustado modificado tal y como figura en su declaración de impuestos de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, tal vez tenga que pagar más.

El ingreso bruto ajustado modificado es el ingreso bruto ajustado (que paga impuestos) más los ingresos por concepto de intereses exentos de impuestos. El Seguro Social le dirá si tiene que pagar más que la prima estándar. Si tiene que pagar una prima más alta y no está de acuerdo (aun si está recibiendo los beneficios de RRB) llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

Para averiguar si su prima será más alta basándose en su ingreso, consulte la página 119.

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, quizá tenga que pagar una multa por inscripción tardía. Vea la página 23.

Si tiene ingresos y recursos limitados, consulte la página 83 para obtener información sobre ayuda para pagar las primas.

Para averiguar sobre otros costos de la Parte B, consulte la página 121.

¿Cómo Puedo Obtener la Parte B?

Si recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés), obtendrá la Parte B automáticamente, a partir del primer día del mes en el que cumpla 65 años. Si su cumpleaños es el primer día del mes, la Parte B entrará en vigencia el primer día del mes anterior. Si usted tiene menos de 65 años y está incapacitado, obtendrá la Parte B automáticamente, una vez que haya recibido los beneficios por incapacidad del Seguro Social o de RRB por 24 meses. Le enviarán su tarjeta de Medicare por correo aproximadamente 3 meses antes de cumplir 65 años o en su mes número 25 de beneficios por incapacidad. Si no quiere la Parte B, siga las instrucciones que le envían con la tarjeta y devuelva la tarjeta. Si se queda con ella, estará quedándose con la Parte B y tendrá que pagar la prima mensual.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿Cómo Puedo Obtener la Parte B? (continuación)

Si padece de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) también llamada enfermedad de Lou Gehrig obtendrá la Parte B automáticamente en el mes en que empiece a recibir sus beneficios por incapacidad.

¿Cuándo Puedo Inscribirme en la Parte B?

Si no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible por primera vez, puede hacerlo durante:

- **El Período General de Inscripción**—Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de julio. Tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía.
- **El Período Especial de Inscripción**—Se le otorga si espera para inscribirse en la Parte B porque usted o su cónyuge está trabajando y tiene cobertura de salud grupal de empleador, o si está incapacitado y usted o un familiar está trabajando y tiene cobertura de salud grupal por el empleo. Usted puede inscribirse en la Parte B en cualquier momento mientras tenga, la cobertura de empleador o durante el período de 8 meses que comienza el mes en que su empleo termina o se acaba la cobertura de su plan de salud grupal, lo que ocurra primero. Si tiene COBRA, debe inscribirse durante el período de 8 meses que comienza al mes siguiente en que termine su empleo. Si padece de ESRD no tendrá un Período Especial de Inscripción.
- **El Período Especial de Inscripción para Voluntarios Internacionales**—Se le otorga si usted esperó para inscribirse en la Parte B porque tenía un seguro médico mientras estaba trabajando como voluntario en un país extranjero y para una organización exenta del pago de impuestos, por lo menos por un año. Usted puede inscribirse durante el período de 6 meses que comienza en el mes en que ocurra una de estas situaciones:
    1. Ya no está trabajando como voluntario fuera de los Estados Unidos.
    2. La organización que lo patrocina ya no está exenta del pago de impuestos.
    3. Usted ya no tiene cobertura de salud en el extranjero, lo que ocurra primero.

¿Cuándo Puedo Inscribirme en la Parte B? (continuación)

Si tiene Medicare por padecer de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD), puede inscribirse en la Parte B cuando lo hace para la Parte A. Vea la página 18. Si decide esperar para inscribirse en la Parte B, sólo podrá hacerlo durante el período de inscripción general, y tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía.

Si vive en Puerto Rico y quiere tener la Parte B, tendrá que inscribirse. Si desea más información, comuníquese con su oficina local del Seguro Social.

Si no recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario y desea la Parte B tendrá que inscribirse durante el Período Inicial de Inscripción, que es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de su cumpleaños número 65 (incluye el mes de su cumpleaños) y termina 3 meses después.

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, tal vez tenga que pagar una penalidad/multa por inscripción tardía por todo el tiempo en que tenga Medicare. El costo de su prima mensual puede subir hasta un 10% por cada período de 12 meses durante el cual pudo haberse inscrito en la Parte B pero no lo hizo. Usted no deberá pagar esta multa si se inscribe en la Parte B durante un período especial de inscripción.

Nota: Si tiene 65 o más, después de haberse inscrito en la Parte B, se le dará un período de inscripción abierta a Medigap de 6 meses, que le garantiza el derecho a comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare). Una vez que este período comienza, no puede ser retrasado ni reemplazado. Vea la página 75.

Si desea más información sobre la inscripción en la Parte B y su elegibilidad para Medicare llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778. Si recibe los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la oficina local de RRB o al 1-877-772-5772. Para información general sobre inscripción, visite www.medicare.gov y haga clic en "Averigüe si es elegible para Medicare y cuándo puede inscribirse". También puede recibir asesoría personalizada del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 110–113.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Medicare y la Cobertura de TRICARE

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

- Usted no tiene que estar inscrito en la Parte B para quedarse con la cobertura de TRICARE mientras esté activo.
- Cuando el miembro activo se jubila, debe inscribirse en la Parte B para poder quedarse con la cobertura de TRICARE.
- Usted puede obtener la Parte B durante un período especial de inscripción si tiene Medicare porque tiene 65 años o más, o por una incapacidad.

Nota: Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage o decidió inscribirse en un plan, debe avisarle al plan que tiene TRICARE para que sus facturas sean pagadas correctamente.

La Parte B de Medicare y la Cobertura de Salud Grupal de un Empleador o Sindicato

Sus derechos como beneficiario de la Parte B pueden verse afectados si tiene cobertura de salud a través de un empleador (incluido FEHBP) o sindicato y usted o su cónyuge aún siguen trabajando. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para averiguar cómo trabaja su seguro con Medicare, y si le convendría esperar para inscribirse en la Parte B.

Cuando se termina su empleo, ocurren 3 cosas:

1. Usted podría escoger la cobertura de COBRA que le permitirá que su cobertura de salud grupal continúe (en la mayoría de los casos sólo por 18 meses) y probablemente tenga que pagar más.

2. Puede que le den un período especial de inscripción para que se inscriba en la Parte B sin tener que pagar la penalidad por inscripción tardía. Este período se extiende por 8 meses después de que se termine su empleo. El período es válido independientemente de si elige COBRA o no, de manera que si espera hasta que su cobertura de COBRA termine para inscribirse en la Parte B, es posible que el período especial de inscripción ya haya terminado. Si se inscribe en la Parte B después de los 8 meses, quizás tenda que pagar la penalidad por inscripción tardía.

3. Si se inscribe en la Parte B, también se iniciará el período de inscripción abierta a Medigap que dura 6 meses, lo que le dará el derecho garantizado a comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare). Una vez que este período empiece no puede retrasarse ni repetirse. Consulte la página 75.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Hay 2 tipos de servicios que cubre la Parte B:

Los servicios necesarios por razones médicas—Servicios o suministros que son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su problema y además deben cumplir con los estándares de la práctica médica.

Servicios preventivos—Servicios que ayudan a prevenir o disminuir las complicaciones de un problema de salud que tiene o hacer una detección temprana del mismo que es cuando el tratamiento puede dar los mejores resultados (por ejemplo, la prueba de Papanicolaou, las vacunas o las evaluaciones para la detección de cáncer colorrectal).

Use el cuadro de la página 40 para hablar con su médico u otro proveedor de la salud sobre los servicios preventivos y pregunte cuáles necesita.

En las próximas páginas este símbolo identificará a los servicios preventivos.

En las páginas 26–38 encontrará una lista en orden alfabético de los servicios preventivos más comunes cubiertos por la Parte B de Medicare. Para averiguar si Medicare paga por algún servicio que no esté incluido en la lista, visite www.medicare.gov y seleccione "Lo que Medicare Cubre". También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lo que Usted Paga

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Los costos de los servicios cubiertos por la Parte B varían dependiendo de si está inscrito en el Medicare Original o en un plan de salud de Medicare. En los cuadros de las páginas siguientes encontrará información general sobre los costos de cobertura de la Parte B para el Medicare Original. Por lo general, usted paga por la visita médica, aun si no tiene que pagar por el servicio. Si se aplica el deducible de la Parte B, deberá pagar por todos los servicios hasta que cubra la cantidad del deducible anual y recién entonces Medicare comenzará a pagar la parte que le corresponde. Consulte la página 121 para averiguar lo que debe pagar de deducible. Después del deducible tendrá que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para dicho servicio. Usted puede ahorrar dinero si se trata con médicos y proveedores que aceptan la asignación. Vea la página 47. Si es una persona de ingresos y recursos limitados, tal vez pueda ahorrar dinero en sus gastos de Medicare. Consulte las páginas 78–84.

Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o tiene otro seguro (como una póliza Medigap o un plan de empleador o sindicato), sus costos podrían ser distintos. Si desea información sobre los distintos precios hable con su plan.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Evaluación de Aneurisma Aórtico Abdominal	Una prueba de ultrasonido realizada una sola vez a las personas a riesgo. Medicare sólo paga por este examen si su médico lo refiere como resultado del examen físico "Bienvenido a Medicare". Vea "Examen físico". Usted paga el 20% de la cantidad aprobada.
Servicio de Ambulancia	Transporte por tierra cuando es necesario por motivos médicos para llevarlo a un hospital o centro de enfermería especializada, si el transporte en otro vehículo pudiera poner su vida en peligro. Medicare pagará por el transporte en un avión o helicóptero si requiere un servicio inmediato que la ambulancia normal no puede proporcionarle. En algunos casos, Medicare puede pagar por servicios limitados de transporte que no sea una ambulancia si su médico lo ordena. Medicare sólo pagará por el transporte hacia el centro médico más cercano que pueda brindarle el tratamiento que necesita. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.
Tarifa del centro de Cirugía Ambulatoria	Las tarifas del centro para los servicios aprobados en un Centro de Cirugía Ambulatoria (donde se realizan procedimientos quirúrgicos y el paciente es dado de alta en 24 horas). Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare (excepto para las sigmoidoscopía flexible y la colonoscopía, por las que paga el 25%), y el deducible de la Parte B. También paga por todos los procedimientos en un centro de cirugía ambulatoria que Medicare no cubra.
Sangre	En la mayoría de los casos, el hospital o proveedor obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, en cuyo caso usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Sin embargo, usted hará un copago por los servicios para procesar la sangre por cada pinta de sangre que reciba. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Si el proveedor tiene que comprar la sangre que le darán, usted debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente. Usted paga un copago por cada unidad de sangre adicional (después de las 3 primeras pintas) y el deducible de la Parte B.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Medición de Masa Ósea(Densitometría Ósea)	Para prevenir el riesgo de rotura de huesos. Este servicio está cubierto una vez cada 24 meses (o con mayor frecuencia si fuese necesario por razones médicas) para los beneficiarios que cumplen con ciertos requisitos médicos o padecen de ciertas condiciones médicas. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.
Evaluación Cardiovascular	Este servicio puede evitar un derrame cerebral o un ataque al corazón. Medicare paga por las pruebas de colesterol, lípidos y triglicéridos cada 5 años. Usted no paga por estos exámenes pero tendrá que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica.
Servicios Quiroprácticos (limitados)	Para corregir una luxación (cuando uno o más huesos se salen de su posición) usando la manipulación de la columna vertebral. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.
Servicios de Laboratorio	Incluidos ciertos análisis de sangre, urianálisis, algunas pruebas de evaluación y más. Sin costo.
Ensayos Clínicos	Los estudios de investigación prueban tipos distintos de tratamiento, como por ejemplo qué tan bien funcionan ciertos medicamentos para el cáncer. Estos estudios ayudan a los médicos e investigadores ha comprobar si los nuevos tratamientos dan resultado y si son seguros. Medicare paga por algunos servicios como las visitas médicas y las pruebas, en ciertos trabajos de investigación calificados. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Medicare podría pagar por algunos servicios y exámenes con más frecuencia de la mencionada si fuesen necesarios para el diagnóstico de una enfermedad.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Exámenes para la Detección de Cáncer Colorrectal	Estas pruebas pueden detectar crecimientos precancerígenos y prevenir el cáncer colorrectal a tiempo cuando el tratamiento es más eficaz. Uno o más de los exámenes siguientes pueden estar cubiertos. Hable con su médico. ▪ Sangre oculta en la materia fecal—Si tiene 50 años o más, una vez al año. Sin costo, aunque generalmente tendrá que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la visita médica. ▪ Sigmoidoscopía flexible—Si tiene 50 años o más, una vez cada 4 años (48 meses) o para aquellos de alto riesgo, 120 meses después de la colonoscopía anterior. Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. ▪ Colonoscopía—Una vez cada 120 meses (si es una persona de alto riesgo, cada 2 años), o 48 meses después de la sigmoidoscopía flexible previa. No hay edad mínima. Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. ▪ Enema de bario—Una vez cada 48 meses si tiene 50 años o más (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses) cuando se usa en lugar de una sigmoidoscopía o de una colonoscopía. Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. **Aviso:** Si recibe una sigmoidoscopía flexible o colonoscopía de evaluación en un hospital ambulatorio o un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga el 25% de la cantidad aprobada por Medicare.
Defibrilador (implantable automático)	Para algunos beneficiarios diagnosticados con insuficiencia cardiaca. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica. También hace un copago que no exceda la cantidad del deducible de la Parte A que pagaría por una estadía en el hospital (vea la página 120), si obtiene el defibrilador como paciente ambulatorio del hospital. También se aplica el deducible de la Parte B.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Medicare podría pagar por algunos servicios y exámenes con más frecuencia de la mencionada si fuesen necesarios para el diagnóstico de una enfermedad.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Evaluación de Diabetes	Para la detección o el control de la diabetes. Medicare paga por esta prueba si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), dislipidemia (historial de colesterol y niveles de triglicéridos anormal), obesidad, o historial de nivel de azúcar en la sangre alto. Medicare también paga por estas pruebas si responde "sí" a 2 o más de estas preguntas: ▪ ¿Tiene 65 años o más? ▪ ¿Está excedido de peso? ▪ ¿Tiene un historial familiar de diabetes (padres, hermanos, etc.)? ▪ ¿Tiene historial de diabetes durante la gestación (durante el embarazo), o dio a luz a un bebé con más de 9 libras? Según los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para que le hagan hasta 2 pruebas de diabetes al año. Usted no paga por el examen pero generalmente tendrá que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica.
Entrenamiento para el Autocontrol de la Diabetes	Para los pacientes diabéticos. Tiene que tener una orden escrita de su médico o proveedor de la salud. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.
Suministros para Diabéticos	Incluidos los monitores de glucosa, tiras para las pruebas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, solución para el control de glucosa y en algunos casos, zapatos terapéuticos. La insulina sólo está cubierta si se usa con una bomba de insulina. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. **Aviso:** La insulina y ciertos suministros médicos necesarios para inyectarse la insulina, como las jeringas, podrían estar cubiertos por el plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D).

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Servicios Médicos	Servicios necesarios por razones médicas (que incluyen los servicios ambulatorios y algunos servicios médicos que recibe mientras está internado en el hospital) o los servicios preventivos cubiertos. No cubre los exámenes físicos de rutina excepto "Bienvenido a Medicare" el examen físico ofrecido una sola vez. Vea "Examen Físico". Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.
Equipo Médico Duradero (como andadores)	Artículos como el equipo de oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital ordenados por su médico para usar en el hogar. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B. Usted tiene que obtener el equipo o los suministros de un proveedor aprobado por Medicare. También debe averiguar si el proveedor participa en el programa Medicare. Los proveedores participantes deben aceptar la asignación (vea la página 47), y los gastos directos de su bolsillo podrían ser menores.
NUEVO **EKG de Evaluación**	Medicare cubre un EKG de evaluación una sola vez si usted es referido por su médico como resultado del examen "Bienvenido a Medicare". Vea "Examen físico". Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B. También cubre un EKG como examen de diagnóstico. Vea la página 36.
Servicios de la Sala de Emergencia	Cuando cree que su salud está en peligro. Tal vez tenga una herida grave, una enfermedad repentina o una condición que va empeorando rápidamente. Usted paga un copago específico por la visita a la sala de emergencia y el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico. También debe pagar el deducible de la Parte B.
Examen de la Vista para Diabéticos	Para controlar la retinopatía diabética. Una vez cada 12 meses y cuando lo hace un oftalmólogo legalmente autorizado para hacer el examen en el estado. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Anteojos (limitados)	Un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas con implante de una lente intraocular. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Servicios de un Centro de Salud Calificado Federalmente	Provee una gran variedad de servicios ambulatorios y preventivos que usted recibe a través de ciertas organizaciones comunitarias. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.
Vacuna Contra la Gripe e Influenza	Vacunas que ayudan a prevenir la influenza o virus de la gripe. Medicare paga por estas vacunas una vez cada otoño o invierno. Usted necesitará vacunarse contra el virus específico de cada año. Usted no paga por la vacuna si el médico que se la aplica acepta la asignación.
Exámenes de los Pies y Tratamiento	Si tiene una condición de los nervios relacionada con su diabetes y cumple ciertos requisitos. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Examen de Glaucoma	Estos exámenes sirven para detectar la enfermedad ocular llamada glaucoma. Medicare paga por estos exámenes cada 12 meses para aquellos beneficiarios de alto riesgo. Usted es considerado de alto riesgo si padece de diabetes, tiene un historial familiar de glaucoma, es afroamericano y tiene 50 años o más, o hispano de 65 años o más. El examen debe realizarlo un oftalmólogo autorizado legalmente para trabajar en su estado. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Examen del Oído y del Equilibrio	Si su médico lo ordena para averiguar si se necesitará un tratamiento. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B. **Aviso:** Los aparatos de asistencia auditiva o los exámenes para colocarlos no están cubiertos por Medicare.
Vacunas Contra la Hepatitis B	Estas vacunas lo protegerán contra la Hepatitis B. Este servicio está cubierto para los beneficiarios de Medicare de alto o mediano riesgo de contraer la Hepatitis B. Su riesgo aumenta si tiene hemofilia, Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón), o un problema médico que disminuye su resistencia a la infección. Hay otros factores que pueden aumentar el riesgo de contraer Hepatitis B. Pregunte a su médico si usted es una persona de mediano o alto riesgo. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Servicios para el Cuidado de la Salud en el Hogar	Servicios limitados necesarios por razones médicas a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada, terapia del lenguaje/habla, terapia física, o si necesita continuar con la terapia ocupacional. Deben ser ordenados por su médico y brindados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare. También pueden incluir servicios sociales, servicios de auxiliares para el hogar, equipo médico duradero y suministros médicos para usar en el hogar. Debe estar recluido en su hogar lo que significa que salir de su casa implica un gran esfuerzo. Usted no paga por estos servicios pero debe pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, para el equipo médico duradero y el deducible de la Parte B.
Servicios de Diálisis Renal y Suministros	Para todos los que padecen de ESRD. Los servicios y suministros están cubiertos en un centro o en el hogar si son ordenados por su médico. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
NUEVO **Servicios Educativos Sobre la Insuficiencia Renal**	Medicare cubre los servicios educativos sobre insuficiencia renal, si la padece y su médico recomienda el servicio. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Mamografía (evaluación)	Un tipo de radiografía que detecta el cáncer del seno antes que usted o su médico puedan palparlo. Medicare paga por la mamografía cada 12 meses para todas las beneficiarias de 40 años o más. Medicare cubre una mamografía base para las mujeres entre 35 y 39 años. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Medicare podría pagar por algunos servicios y exámenes con más frecuencia de la mencionada si fuesen necesarios para el diagnóstico de una enfermedad.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Servicios de Nutrición	Medicare cubre los servicios médicos de nutrición y otros, si usted tiene diabetes o insuficiencia renal o le han hecho un trasplante de riñón en los 36 últimos meses y su médico lo refiere para que reciba dichos servicios. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Cuidado de Salud Mental (ambulatorio)	Para obtener ayuda para los problemas psicológicos como la **depresión**, **ansiedad**, y **abuso de sustancias**. Incluye los servicios generales que se brindan fuera del hospital o en el departamento ambulatorio del hospital, como las consultas con el médico, psicólogo clínico o asistente social y exámenes. Se aplican ciertas limitaciones y condiciones. Lo que paga dependerá de si se le hace un diagnóstico y se controla la condición o si se le hace un tratamiento. ▪ Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por las visitas al psiquiatra u otro médico para el **diagnóstico** o **monitoreo** de su condición o el **cambio** de medicamentos. ▪ Por el **tratamiento** ambulatorio (por ejemplo terapia) usted paga en el 2010 el 45% (menos que en el 2009) de la cantidad aprobada por Medicare. Este copago continuará disminuyendo durante los próximos 4 años. También tiene que pagar el deducible de la Parte B tanto para la visita de diagnóstico o monitoreo como para el tratamiento. **Aviso:** la internación para servicios de psiquiatría está cubierta por la Parte A (estadía en el hospital). Vea la página 20. Hable con su médico si se siente triste, falto de interés en las cosas que antes disfrutaba, dependencia del alcohol o drogas o tiene pensamientos suicidas.
Servicios que No son Médicos	Medicare cubre los servicios brindados por personal no médico, como asistentes médicos y enfermeras. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Terapia Ocupacional	Servicio de evaluación y tratamiento para ayudarle a regresar a sus actividades de rutina (como bañarse) después de una enfermedad o accidente siempre que sea ordenado por su médico. Se pondrán limitaciones para los servicios de terapia ocupacional, física y del lenguaje/habla y también se aceptarán excepciones para dichas limitaciones. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Servicios Ambulatorios del Hospital	Los servicios ambulatorios que recibe como parte de la atención médica. Usted podría pagar más por la atención médica en el departamento ambulatorio del hospital de lo que pagaría por la misma atención en el consultorio de su médico. Usted paga un copago específico por cada servicio. El copago no puede exceder la cantidad que paga de deducible por la Parte A para los servicios de internación. Consulte la página 120. También debe pagar el deducible de la Parte B.
Servicios Ambulatorios Médicos, Quirúrgicos y Suministros	Para procedimientos aprobados (como radiografías, suturas, yesos, etc.) Usted paga un copago por cada servicio, pero dicha cantidad no puede exceder la cantidad del deducible que paga por la Parte A para los servicios de internación. Consulte la página 120. Usted paga el deducible de la Parte B y el monto total por los servicios que Medicare no cubre.
Examen Papanicolau y Examen Pélvico (incluye el examen clínico de los senos)	Para la detección del cáncer cervical y vaginal. Medicare paga por estos exámenes cada 24 meses para las beneficiarias de bajo riesgo y cada 12 meses para las mujeres de alto riesgo y aquellas en edad de concebir a quienes les hicieron un examen, en los 3 últimos años, y el resultado indicó que tenían cáncer o alguna otra anormalidad. Sin costo para la prueba Papanicolau. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la recolección de la muestra y por los exámenes pélvicos y de los senos.
Examen Físico "Bienvenido a Medicare" ofrecido una sola vez	Medicare paga por un examen físico (una sola vez), así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, ciertas evaluaciones, las vacunas y referidos para otro tipo de atención médica si son necesarios. Medicare pagará por este examen físico durante los primeros 12 meses de su inscripción a la Parte B de Medicare. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Cuando haga la cita, avíseles que es para el examen físico "Bienvenido a Medicare".
Terapia Física	Evaluación y tratamiento de lesiones y enfermedades que hayan afectado su capacidad para funcionar normalmente, cuando su médico la haya ordenado. Hay ciertas limitaciones para los servicios de terapia física y también se aceptarán excepciones para dichas limitaciones. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Vacuna Neumocócica (contra la pulmonía)	Esta vacuna previene la infección por neumococos (como cierto tipo de pulmonía). Casi todas las personas sólo la necesitan una vez en la vida. Hable con su médico. Usted no paga si el médico que se la aplica acepta la asignación.
Medicamentos Recetados (limitados)	Un número limitado de medicamentos como las inyecciones que le aplican en el consultorio médico, ciertos medicamentos orales para el cáncer y los que se usan con cierto equipo médico duradero (como nebulizadores o bombas de infusión); y en muy pocas circunstancias, ciertos medicamentos que recibe en el departamento ambulatorio del hospital. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Si el medicamento que recibe en el departamento ambulatorio del hospital es parte del servicio, usted tendrá que pagar un copago por el servicio. Sin embargo, si le dan otros medicamentos en el departamento ambulatorio, lo que paga dependerá de si tiene la Parte D u otra cobertura de medicamentos, si el medicamento está cubierto por el plan y si el hospital pertenece a la red del plan. Comuníquese con su plan de medicmaentos recetados para averiguar lo que le corresponde pagar por los medicamentos que recibe en el departamento ambulatorio del hospital. Tenga en cuenta que bajo la Parte B, usted paga el 100% de la mayoría de sus medicamentos, a menos que tenga la Parte D u otra cobertura de recetas médicas. Si desea más información, consulte la página 69.
Evaluación de Cáncer de la Próstata	Esta prueba ayuda a detectar el cáncer de próstata. Medicare paga por una evaluación dígito rectal y del Antígeno Específico de la Próstata (PSA por su sigla en inglés) cada 12 meses para todos los beneficiarios de Medicare de más de 50 años. El PSA es gratis pero usted tiene que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica y el deducible de la Parte B.
Aparatos Prostésicos/ Dispositivos Ortóticos	Incluidos aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales (y sus repuestos); prótesis de seno (después de una mastectomía); prótesis para reemplazar partes internas del cuerpo o sus funciones (incluidos los suministros de ostomía, y nutrición enteral y parenteral). Para que Medicare cubra estos aparatos, debe usar un proveedor inscrito en Medicare. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.
Servicios de Salud Rurales	Una variedad de servicios médicos primarios ambulatorios. Usted paga el 20% del costo y el deducible de la Parte B.
Segunda Opinión sobre una Cirugía	Está cubierta en algunos casos (y a veces se cubre hasta una tercera opinión) para una cirugía que no sea de emergencia. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Consejería para Dejar de Fumar	Incluye hasta 8 sesiones personales de consejería en un período de 12 meses, si le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el cigarrillo o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Servicios de Patología del Lenguaje/Habla	Evaluación y tratamiento brindado para recuperar y fortalecer las destrezas del habla y del lenguaje incluidas las destrezas cognocitivas y la habilidad para tragar, cuando sean ordenados por su médico. Hay ciertos límites para estos servicios y también habrá excepciones a los límites. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.
Vendajes Quirúrgicos	Para el tratamiento de una herida quirúrgica o de una lesión tratada con cirugía. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico. También pagará un copago fijo si recibe estos servicios en el departamento ambulatorio del hospital. Usted no tiene que pagar por los suministros, pero debe pagar el deducible de la Parte B.
Telemedicina/ Telesalud	Servicios médicos u otros para la salud limitados, como consultas médicas que se hacen a través de un sistema de comunicaciones interactivo (como un audio y video en tiempo real), ofrecido por un proveedor de la salud en un lugar distante al sitio en que se encuentra el paciente. Está disponible en algunas zonas rurales, si cumplen con ciertos requisitos y se brindan en un consultorio médico, en una clínica médica rural, un centro de salud aprobado federalmente, un centro de diálisis en un hospital, un centro de enfermería especializada o un centro comunitario de salud mental. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.
Exámenes	Incluidos rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans), Electrocardiograma (EKG) y otros exámenes de diagnóstico. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Consulte "Servicios de laboratorio" en la página 27 para averiguar sobre otros exámenes cubiertos por la Parte B. Si le hacen estos exámenes como paciente ambulatorio en un hospital, usted paga una cantidad fija que puede ser más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare, pero no más que la cantidad del deducible de la Parte A para los servicios de internación. Consulte la página 120.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Trasplantes y Medicamentos Inmunosupresores	Incluidos los servicios médicos para trasplantes del corazón, pulmón, riñón, páncreas, hígado e intestino, bajo ciertas condiciones y sólo en un centro certificado por Medicare. Los trasplantes de córnea y médula ósea solo están cubiertos si se cumplen las condiciones. Los medicamentos inmunosupresores están cubiertos si el trasplante fue pagado por Medicare o por un plan grupal de empleador que debía pagar antes que Medicare. Usted debía ser elegible para la Parte A cuando se hizo el trasplante y debe ser elegible para la Parte B cuando recibe los medicamentos inmunosupresores. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Si está pensando en inscribirse en un Plan Medicare Advantage y está en lista de espera para recibir un trasplante o cree que necesita un trasplante, hable con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos y el hospital estén en la red del plan. Además debe averiguar sobre la autorización previa en las normas de cobertura del plan. **Nota**: Los planes de recetas médicas de Medicare (Parte D) pueden cubrir los medicamentos inmunosupresores, aun si el trasplante no fue pagado por Medicare o un plan de salud grupal de empleador o sindicato.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Los Servicios Cubiertos por la Parte B

Viajes (servicios médicos cuando viaja fuera de los Estados Unidos) (limitado)	Por lo general Medicare no cubre los servicios médicos cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos (los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana). Hay algunas excepciones como por ejemplo: en algunos casos Medicare paga por los servicios que usted recibió mientras se encontraba a bordo de un barco, en aguas territoriales cercanas al territorio de los Estados Unidos. En muy pocos casos Medicare paga por la internación en el hospital, el médico o la ambulancia en el extranjero, estas circunstancias son: **1)** Si la emergencia ocurrió dentro de los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición **2)** Si está viajando por Canadá sin retraso y por la ruta más directa entre Alaska y otro estado cuando ocurre la emergencia médica, y el hospital canadiense está más cerca que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición **3)** Si vive en los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca de su domicilio que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición, independientemente de que sea o no una emergencia. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare, y el deducible de la Parte B.
Atención Urgente	Para tratar una enfermedad repentina o una herida y que no sea una emergencia médica. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Las cantidades del deducible y el coseguro de la Parte B se mencionan en la página 121.

Lo que las Partes A y B NO cubren

Medicare no cubre todo. Si necesita un servicio que Medicare no cubre, tendrá que pagarlo de su bolsillo a menos que tenga otro seguro. Aun si Medicare paga por un servicio o suministro, usted generalmente tiene que pagar los deducibles, coseguro y copagos.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Los artículos y servicios que Medicare no cubre incluyen **pero no se limitan a:** el cuidado a largo plazo (vea la página 100), el cuidado dental de rutina, las dentaduras, la cirugía estética, acupuntura, audífonos y los exámenes para colocarle los audífonos.

Para averiguar si Medicare paga por un servicio que necesita, visite www.medicare.gov y seleccione "Averigüe lo que Cubre Medicare", o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

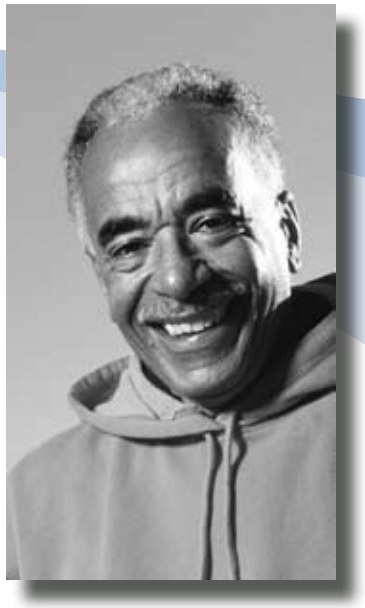
Lista de Control para los Servicios Preventivos

Lleve esta lista a su visita médica y pregúntele a su médico cuáles son los servicios preventivos que le convienen. También puede monitorear sus servicios preventivos en www.MiMedicare.gov. Vea la página 107.

Servicios Preventivos cubiertos por Medicare		Detalles en la página	Notas
	Evaluación para la detección de Aneurisma Abdominal Aórtico	26	
	Medición de masa ósea/densitometría	27	
	Evaluación cardiovascular	27	
	Evaluación para cáncer colorrectal	28	
	Prueba de sangre oculta en la materia fecal	28	
	Sigmoidoscopía flexible	28	
	Colonoscopía	28	
	Enema de Bario	28	
	Evaluación para la detección de diabetes	29	
	Entrenamiento para autocontrol de la diabetes	29	
	EKG de evaluación	30	
	Vacuna contra la gripe	31	
	Prueba de glaucoma	31	
	Vacuna contra la Hepatitis B	31	
	Mamografía	32	
	Servicios de nutrición	33	
	Examen Pélvico y prueba Papanicolau (incluye el examen de los senos)	34	
	“Bienvenido a Medicare” (examen físico por única vez)	34	
	Vacuna neumocócica	35	
	Evaluación para la detección de cáncer de la próstata	35	
	Consejería para dejar de fumar	36	

Para algunos servicios, tendrá que esperar 12 o 24 meses completos antes de recibirlos nuevamente. Si desea más información consulte las páginas indicadas en el cuadro.

SECCIÓN 2



Sus Opciones Medicare

Usted tiene opciones para escoger cómo obtener sus servicios médicos y la cobertura de sus recetas médicas. Antes de tomar una decisión, averigüe lo más que pueda sobre los tipos de planes y la cobertura disponibles.

La Sección 2 incluye información sobre:

Cómo Obtener la Cobertura de Medicare 42–44

El Medicare Original 45–49

Los Planes Medicare Advantage (Parte C) 50–59

Otros Planes de Salud de Medicare 60–61

La Cobertura Medicare de los Medicamentos Recetados (Parte D) 62–72

Quién Paga Primero si Usted Tiene Otro Seguro Médico 73

Las Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) . . 74–76

Este manual contiene información general. Para tomar una decisión usted necesitará más información que la que le brinda este manual. Si desea ayuda sobre sus decisiones Medicare, consulte la página 42.

Decida Cómo Obtener la Cobertura de Medicare

Usted puede escoger distintas maneras de obtener sus beneficios. Si escoge el Medicare Original y desea la cobertura de sus recetas médicas debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D). Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage tal vez incluya la cobertura de los medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, si no escoge otra opción, quedará inscrito en el Medicare Original. Consulte la página siguiente para más información sobre sus opciones y sobre las decisiones que debe tomar.

Nota: Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD), por lo general recibirá sus beneficios a través del Medicare Original. Vea la página 53 si desea más información.

Cada año debe reevaluar sus necesidades de salud y de medicamentos porque su salud, sus finanzas y la cobertura del plan tal vez hayan cambiado. Si decide que hay otra cobertura que le conviene más, puede cambiar de plan en ciertos momentos. Vea las páginas 58 y 63. Si está satisfecho con la cobertura de su plan para el año próximo, no debe hacer ningún cambio.

¿Necesita Ayuda para Decidir?

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

1. Visite www.medicare.gov y seleccione "Compare las Opciones de Planes de Salud en su Área" o "Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas".
2. Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) para asesoría gratuita sobre la selección de un plan. Encontrará el teléfono en las páginas 110–113.
3. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), y diga "Agente". Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea en inglés o español, avísele al representante de servicio al cliente.

Aviso: El plan Medicare en el que está inscrito usará y divulgará su información personal a otras entidades según lo autorizado y requerido por la ley, para el tratamiento, pago, operaciones médicas, trabajos de investigación u otros propósitos. Para conseguir más información sobre cómo usa y divulga su información personal el Medicare Original, consulte las páginas 92 y 93. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, llame al plan.

Siga estos pasos para decidir

Paso 1

Decida si desea el Medicare Original o un Plan Medicare Advantage

Medicare Original

Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico)

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

Vea las páginas 45–49.

Paso 2

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

- Si quiere esta cobertura, debe escoger e inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas.
- Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.

Vea las páginas 62–70.

Paso 3

Decida si quiere cobertura adicional

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

Vea las páginas 74–76.

Plan Medicare Advantage

(como un HMO o PPO)

Parte C—incluye AMBAS Partes, la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico)

- Compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare para brindar esta cobertura.
- En la mayoría de los planes debe atenderse con médicos, hospitales y proveedores de la red del plan, o pagar más.
- Generalmente, usted paga una prima mensual (además de la prima de la Parte B) y un copago por cada servicio cubierto.
- Los costos, beneficios adicionales y normas varían con cada plan.

Vea las páginas 50–59.

Paso 2

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

- Si quiere esta cobertura, en la mayoría de los casos debe obtenerla del Plan Medicare Advantage.
- La mayoría de los Planes Medicare Advantage ofrece esta cobertura generalmente por un costo adicional.

Vea las páginas 55–57.

Aviso: Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, por lo general no necesita ni puede comprar una póliza Medigap. Si ya tiene una, puede quedársela pero Medigap no pagará por ninguno de los costos del plan. Si ya tiene un Plan Medicare Advantage no pueden venderle una póliza Medigap.
Vea las páginas 74–76.

Además del Medicare Original o de un Plan Medicare Advantage usted podrá inscribirse en otros planes de salud de Medicare. Vea las páginas 60–61. Si tiene ingresos y recursos limitados podría tener otras opciones. Vea las páginas 77–84. También puede que usted tenga otra cobertura, como un seguro médico grupal de su empleador, sindicato, militar o beneficios para veteranos. Vea las páginas 71–72.

Lo que Debe Tener en Cuenta al Escoger o Cambiar sus Cobertura

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

- **Cobertura**—¿Están cubiertos los servicios que usted necesita?
- **Su otro seguro**—¿Tiene o es elegible para otro tipo de cobertura de salud o de medicamentos? Si la respuesta es "sí", lea los documentos del plan o llámelos para averiguar cómo funciona esta cobertura con Medicare o si Medicare afecta a esa cobertura. Si tiene un seguro médico a través de su empleador actual o antiguo o sindicato o de un Programa de Salud para Indígenas o un Programa de Salud Tribal, hable con su administrador de beneficios, asegurador o con el plan antes de hacer cualquier cambio a su cobertura.
- **Costo**—¿Cuánto tiene que pagar por las primas, deducibles y otros costos? ¿Cuánto paga por los servicios como la estadía en el hospital y la consulta médica? ¿Hay un límite anual para los gastos directos de su bolsillo? Sus costos pueden variar si no cumple las normas de cobertura.
- **Su elección del médico o del hospital**—¿Acepta su médico ese plan? ¿Está aceptando pacientes nuevos? Si está pensando en inscribirse en un plan de salud de Medicare, ¿tiene que usar un médico o un hospital de la red del plan? ¿Tiene que ser referido a un especialista?
- **Medicamentos recetados**—¿Qué medicamentos necesita? ¿Tiene que inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados? ¿Tiene cobertura válida de medicamentos? ¿Tendrá que pagar una multa si se inscribe más tarde? ¿Cuánto cuestan los medicamentos en cada plan? ¿Cubre el formulario (lista de medicinas) del plan los medicamentos que usted necesita?
- **Calidad del cuidado**—La calidad de los servicios brindados por los planes y otros proveedores de la salud puede variar. Medicare tiene información para que compare los planes y los proveedores. Consulte la página 108.
- **Conveniencia**—¿Dónde están ubicados los consultorios médicos? ¿Cuál es el horario de atención? ¿Cuáles son las farmacias que usted puede usar? ¿Puede pedir sus medicamentos por correo? ¿Usan los médicos los archivos médicos electrónicos o las recetas electrónicas (E-recetas)? Vea la página 123.
- **Viaje**—¿Lo cubre el plan en otro estado?

Si está inscrito en un plan de Medicare lea la Evidencia de Cobertura (EOC por su sigla en inglés) y el Aviso de Cambio Anual (ANOC por su sigla en inglés). El EOC le da detalles sobre lo que cubre el plan, cuánto le corresponde pagar y más. El ANOC incluye cualquier cambio en su cobertura, en los costos o en el área de servicio, que comenzará en enero. Si no ha recibido un EOC o el ANOC, llame a su plan.

Medicare Original

El Medicare Original es una de sus opciones de planes del Programa Medicare. Usted estará inscrito en el Medicare Original a menos que elija inscribirse en otro tipo de plan.

¿Cómo funciona el Medicare Original?

El Medicare Original es un plan de pago por servicio (generalmente se paga por cada servicio). Este plan es administrado por el gobierno federal. A continuación le mencionamos las normas generales del plan:

	Medicare Original
¿Puedo atenderme con cualquier médico y en cualquier hospital?	Sí. Usted puede usar a cualquier médico, hospital, proveedor o centro que participe en Medicare y esté aceptando nuevos pacientes de Medicare.
¿Cubre las recetas médicas?	Con unas pocas excepciones (vea las páginas 20 y 35), la mayoría de los medicamentos no están cubiertos. Usted puede añadir esta cobertura inscribiéndose en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.
¿Debo escoger un médico de cuidado primario?	No.
¿Debo consultar a mi médico de cabecera para que me refiera a un especialista?	No.
¿Necesito una póliza suplementaria?	Es posible que usted ya tenga un seguro de su empleador o sindicato que pague por lo que el Medicare Original no cubre. Si no es su caso, tal vez le convenga comprar una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare).
¿Qué más debo saber acerca del Medicare Original?	▪ Cada año, usted generalmente paga una cantidad fija por sus servicios de salud (deducible) antes de que Medicare pague su parte. Luego, Medicare paga la parte que le corresponde y usted paga la suya (el coseguro/copago) por los servicios y suministros cubiertos. Para averiguar cuánto debe pagar vea las páginas 120–121. ▪ Generalmente paga la prima mensual de la Parte B. Vea la página 83 para conseguir información sobre los Programas de Ahorros de Medicare. ▪ Por lo general, no tiene que mandar sus reclamaciones a Medicare. Los proveedores (médicos, hospitales, centros de enfermería especializada y agencia de cuidado de la salud en el hogar) y suplidores tienen por ley que presentar las reclamaciones a Medicare por los servicios y suministros que usted recibe.

Lo que Usted Paga

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

- Si tiene las Partes A y/o B de Medicare (la mayoría de los beneficiarios tiene las 2).
- Si su médico o proveedor acepta la "asignación". Vea la página siguiente.
- Si su médico y usted firmaron un contrato privado. Vea la página 48.
- La frecuencia con la que recibe servicios de salud y el tipo de servicio que necesita.
- Si recibe servicios o suministros que Medicare no cubre, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios.
- Si tiene otro seguro que trabaja con Medicare.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda estatal para pagar por los costos de Medicare.
- Si tiene una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare).

Si desea información sobre quién paga primero cuando tiene otro seguro, consulte la página 73. Para más información sobre la ayuda disponible para pagar por lo que el Medicare Original no cubre, consulte las páginas 74–83.

Resúmenes de Medicare

Si recibe algún servicio cubierto por Medicare, recibirá por correo un Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés). El MSN indica todos los servicios y suministros por los que le facturaron a Medicare durante cada período de 3 meses, lo que pagó Medicare y lo que le tiene que pagar al proveedor. **El MSN no es una factura.** Cuando reciba un MSN:

- Si tiene otro seguro, debe verificar si cubre algo de lo que Medicare no cubre.
- Guarde sus recibos y facturas, y compárelas con el detalle del MSN para asegurarse de haber recibido los servicios, suministros y equipo mencionados en el MSN. Vea la página 96 para obtener información sobre el frade en la facturación.
- Si pagó la factura antes de recibir el MSN, compárelo con la factura para asegurarse de haber pagado la cantidad correcta por los servicios que recibió.
- Si un artículo o servicio le fue denegado, llame a su médico para asegurarse de que le hayan puesto al servicio el código correcto. Si era incorrecto, pídales que envíen la reclamación nuevamente. Si desea apelar una decisión, vea la página 87.

Los MSN se envían por correo cada 3 meses. Si tiene que recibir un reembolso de Medicare, se le enviará el MSN en cuanto se procese la reclamación. Si necesita informar sobre un cambio de dirección postal para su MSN, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si está jubilado de RRB, llame a RRB al 1-877-772-5772.

En el sitio www.MiMedicare.gov podrá hacer un seguimiento de sus reclamaciones. Consulte la página 107.

Para Mantener los Costos Bajos (la "Asignación" en el Medicare Original)

La asignación es un acuerdo entre los beneficiarios, sus médicos, proveedores y Medicare por el cual aceptan la cantidad aprobada por Medicare como pago total por los servicios brindados.

La mayoría de los proveedores y suplidores aceptan la asignación, sin embargo, usted debe asegurarse de que lo hagan y también saber cuánto tiene que pagar por cada servicio o suministro antes de recibirlo. En algunos casos están obligados a aceptarla, por ejemplo cuando tiene un acuerdo de participación con Medicare y le brindan los servicios cubiertos por Medicare.

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

- Los gastos directos de su bolsillo pueden ser menos.
- Sólo le pueden cobrar el deducible o coseguro y debe esperar hasta que Medicare pague su parte.
- Todos los médicos o proveedores tienen que enviar su factura directamente a Medicare y no pueden cobrarle por enviar la factura.

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

- Tiene igualmente que enviar la reclamación a Medicare cuando le brinden un servicio. Si no lo hace, pídale que lo haga. Si aun así sigue sin presentarla, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Tal vez usted tenga que pagar por el servicio cuando lo reciba y luego enviar la factura a Medicare para que se la reembolse.
- También pueden cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare, hasta un cierto límite conocido como "cargo limitante". Esta cantidad es el 15% más de la cantidad aprobada por Medicare. El "cargo limitante" sólo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a los suministros ni al equipo médico duradero.

Para buscar un médico o proveedor que acepte la asignación (que participe en Medicare), vaya a www.medicare.gov y seleccione "Buscar un médico u otro profesional de la salud" o "Buscar un proveedor de equipo médico en su zona". También puede obtener información llamando al 1-800-MEDICARE.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿Qué es un Contrato Privado?

Un "contrato privado" es un acuerdo por escrito entre usted y su médico u otro proveedor de la salud que haya decidido no ofrecer sus servicios a través del programa Medicare. El contrato privado es válido solamente para los servicios del médico que le pidió que firme el contrato. Usted no tiene que firmarlo si no quiere. Siempre puede escoger atenderse con otro médico que acepte brindarles los servicios a través de Medicare. Si firma un contrato privado con su médico:

- **Medicare no pagará ningún servicio que reciba de este médico o proveedor.**
- Usted tendrá que pagar lo que el médico o proveedor le cobre por el servicio recibido.
- Si tiene una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) no pagará por dicho servicio. Si tiene preguntas, llame a su compañía de seguro Medigap antes de recibir el servicio.
- Su médico debe decirle si Medicare pagaría por dicho servicio si lo recibiera de otro médico que participe en Medicare.
- Su médico debe decirle si fue excluido del programa Medicare.

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

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

También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para conseguir asesoría sobre la firma de un contrato privado con cualquier médico u otro proveedor de la salud. Encontrará el número de teléfono en las páginas 110–113.

Si desea información sobre sus derechos de apelación y cómo protegerse y proteger a Medicare del fraude, consulte las páginas 86–98.

Añada la Cobertura de Recetas Médicas (Parte D) a Medicare

Los beneficiarios inscritos en el Medicare Original pueden agregar esta cobertura inscribiéndose en un Plan Medicare de Recetas Médicas. Estos planes son ofrecidos por compañías privadas que están aprobadas y tienen un contrato con Medicare para brindarle la cobertura de recetas médicas. Si actualmente no tiene una cobertura válida de medicamentos, debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados en cuanto sea elegible. Si en vez de inscribirse en cuanto es elegible decide hacerlo más tarde, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía. Si desea más información, consulte las páginas 62–72.

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

Ayuda Adicional para Pagar por la Cobertura de sus Recetas Médicas

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Las personas que tienen ingresos y recursos limitados podrían ser elegibles para recibir Ayuda Adicional para pagar por los costos del plan de recetas médicas. Si es elegible automáticamente para la ayuda adicional y se inscribe en algunos planes básicos de recetas médicas, no tendrá que pagar la prima. Si no es elegible automáticamente, usted puede igualmente obtener ayuda para pagar por los costos de su cobertura de recetas médicas. Vea las páginas 78–81 para averiguar si reúne los requisitos para la Ayuda Adicional.

Planes Medicare Advantage (Parte C)

Los Planes Medicare Advantage son opciones de planes de salud (como un HMO o PPO) aprobados por Medicare pero ofrecidos por compañías privadas. Son parte del programa Medicare y a veces se les conoce como la "Parte C" o "Planes MA". Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, el plan le provee todos los servicios cubiertos por la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico) de Medicare. Todos los tipos de planes le dan cobertura durante las emergencias o necesidad de atención urgente. Los Planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios que cubre el Medicare Original excepto el cuidado de hospicio. El Medicare Original cubre el cuidado de hospicio aun si está inscrito en un Plan Medicare Advantage. Los Planes Medicare Advantage no se consideran cobertura suplementaria.

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

Medicare paga a las compañías que ofrecen estos planes, una cantidad fija cada mes. Los Planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare. Sin embargo, cada Plan Medicare Advantage puede tener gastos de su bolsillo diferentes, así como normas diferentes sobre cómo recibe sus servicios (por ejemplo si necesita ser referido para ver a un especialista o si tiene que atenderse con médicos, proveedores y en hospitales de la red del plan).

Los Planes Medicare Advantage incluyen:

- Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO). Vea la página 55.
- Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO). Vea la página 55.
- Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO). Vea la página 55.
- Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS). Vea la página 56.
- Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA). Vea la página 56.
- Planes para Necesidades Especiales. Vea la página 57.

Entienda cómo funciona su plan antes de inscribirse. Para información sobre los tipos de Planes Medicare Advantage, consulte las páginas 55–57.

Planes Medicare Advantage (Parte C) (continuación)

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

- Planes de Opción de Punto de Servicio (POS)—Similares a los HMO, pero podría obtener servicios fuera de la red del plan por un costo adicional.
- Planes de Organizaciones Patrocinadas por Proveedores (PSO)—Son planes administrados por un proveedor o grupo de proveedores. En un PSO, generalmente recibe los servicios de los proveedores que son parte del plan.

No todos los Planes Medicare Advantage trabajan de la misma manera por lo tanto, es importante que sepa cuáles son las normas y los costos del plan y si el mismo cubre sus necesidades antes de inscribirse. Averigüe qué tipo de planes están disponibles en su área visitando www.medicare.gov y seleccionando "Compare la Opciones de Planes de Salud en su Área". También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Para más información llame al plan que le interesa.

Más Sobre los Planes Medicare Advantage

- Tal como en el Medicare Original, usted sigue teniendo los derechos y protecciones de Medicare, incluido el derecho de apelar. Vea las páginas 86–89.
- Antes de recibir un servicio hable con el plan para averiguar si el servicio está cubierto y cuánto tiene que pagar.
- Usted debe cumplir las normas del plan, como obtener una orden escrita de su médico (referido) para atenderse con un especialista o, para evitar costos más elevados, conseguir una aprobación previa al procedimiento.
- Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage aun si tiene condiciones preexistentes, excepto si padece de ESRD.
- Sólo puede inscribirse en un plan durante ciertos períodos. Vea la página 58. En la mayoría de los casos, estará inscrito en el plan por un año.
- Si se atiende con un médico o proveedor que no pertenece a la red del plan, puede que no cubra sus servicios o que tenga que pagar más por ellos, según el Plan Medicare Advantage en el que esté inscrito.
- Si el plan decide retirarse de Medicare, tendrá que inscribirse en otro plan de salud de Medicare o regresar al Medicare Original. Vea la página 59.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Más Sobre los Planes Medicare Advantage (continuación)

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

- Generalmente obtendrá la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) a través del plan. **Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage que incluye la cobertura de las recetas médicas y se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, se le dará de baja del Plan Medicare Advantage y regresará al Medicare Original.**
- No puede comprar (ni le pueden vender) una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) si está inscrito en un Plan Medicare Advantage. Esta póliza no pagará por los deducibles, copago o coseguro del Plan Medicare Advantage.

¿Quién Puede Inscribirse?

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

- Tiene la Parte A y B de Medicare.
- Vive en el área de servicio del plan.
- No padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón), con excepción de lo explicado en la página 53.

Aviso: En la mayoría de los casos usted sólo puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage en ciertos períodos del año. Vea la página 58.

Si Tiene Otra Cobertura

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

Si Tiene una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

Si tiene una póliza Medigap, no podrá usarla para pagar por cualquier gasto del Plan Medicare Advantage. Si cancela su póliza Medigap para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, en la mayoría de los casos no podrá recuperarla. Vea las páginas 74–75.

Si Padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)

Si padece de ESRD (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón) y está inscrito en el Medicare Original, puede inscribirse en un plan de Medicare de recetas médicas pero, por lo general no puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

- Si ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage, cuando le diagnostican ESRD, puede quedarse o, en ciertas circunstancias puede inscribirse en otro plan ofrecido por la misma compañía.
- Si está inscrito en un plan de salud (por ejemplo de su antiguo empleador o sindicato) ofrecido por la misma compañía que ofrece uno o más Planes Medicare Advantage, podrá inscribirse en un Plan Medicare Advantage ofrecido por dicha compañía.
- Si le han hecho un trasplante de riñón exitoso, tal vez pueda inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Si padece de ESRD y está inscrito en un Plan Medicare Advantage y el mismo abandona el programa Medicare o ya no provea cobertura en su área, usted tiene el derecho por única vez de inscribirse en otro Plan Medicare Advantage. No tiene que usar este derecho inmediatamente. Si cambia directamente al Medicare Original después de que su plan abandone Medicare o deje de brindar cobertura, igual tendrá por única vez el derecho a inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

También podrá inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales (SNP) para los beneficiarios con ESRD, si hubiese uno disponible en su zona.

Para preguntas o quejas sobre los servicios de diálisis renal, llame a la Organización de ESRD. Una organización de ESRD es un grupo de expertos de servicios de riñón pagados por el gobierno federal, cuyo objetivo es controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare que reciben tratamiento de diálisis para condiciones renales. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener los números de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para más información sobre ESRD, visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10128_S.pdf y consulte la publicación “La Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón”.

Lo Que Usted Paga

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

- Si el plan le cobra una prima mensual además de la que ya paga por la Parte B.
- Si el plan paga alguna parte de la prima mensual de la Parte B. Algunos planes ofrecen esta opción por un costo adicional.
- Si el plan cobra un deducible anual o cualquier deducible adicional.
- Cuánto le corresponde pagar por cada visita o servicio (copago).
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si cumple las normas del plan, por ejemplo si usa proveedores de la red del plan.
- Si necesita cobertura adicional y cuánto cobra el plan por dicha cobertura.
- Si el plan tiene un límite anual para el gasto directo de su bolsillo para todos los servicios médicos.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Para conseguir más información sobre los costos de un Plan Medicare Advantage específico, visite www.medicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para buscar planes disponibles en su zona y luego llame al plan que le interesa para obtener más detalles. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene recursos e ingresos limitados, tal vez sea elegible para:

- Ayuda Adicional para pagar por los costos de la cobertura de recetas médicas y la prima de la Parte D. Vea las páginas 78–81.
- Ayuda de su estado para pagar la prima de la Parte B. Vea la página 83.

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage?

(El cuadro sigue en la página siguiente.)

	Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)	Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)
¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?	No. Por lo general debe recibir sus servicios de médicos y hospitales de la red del plan (excepto en emergencias, necesidad de atención urgente o diálisis si usted está fuera del área). En algunos planes, tal vez pueda obtener ciertos servicios fuera de la red por un costo más alto.	Sí. Los PPO tiene una red de médicos y hospitales pero también puede atenderse con proveedores que no pertenecen a la red, generalmente pagando un poco más.
¿Cubre los medicamentos recetados?	En la mayoría de los casos los cubre. Pregúntele al plan. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un HMO que la ofrezca.	En la mayoría de los casos los cubre. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un PPO que la ofrezca.
¿Debo escoger un médico de cuidado primario?	En la mayoría de los casos debe hacerlo.	No.
¿Necesito un referido para consultar un especialista?	Sí, en la mayoría de los casos. Para la mamografía anual, el Papanicolaou y el examen pélvico dentro de la red del plan (por lo menos cada 2 años) no necesita un referido.	No.
¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?	▪ Si su médico abandona el plan, se le notificará y podrá escoger otro médico del plan. ▪ Si recibe servicios fuera de la red del plan, tendrá que pagar el total del servicio. ▪ Es importante que cumpla las normas del plan, como obtener una aprobación previa cuando se la requieran.	▪ Hay 2 tipos de PPO—Los PPO regionales y los locales. ▪ Los PPO Regionales atienden una de las 26 regiones establecidas por Medicare. ▪ Los PPO locales atienden los condados escogidos por el plan para incluirlos en su área de servicio.

Los Planes Medicare Advantage pueden variar. Lea los documentos que le envía el plan y entienda sus normas. Llame al plan para averiguar si el servicio que necesita está cubierto y cuánto cuesta. Visite www.medicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para buscar planes disponibles en su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

	Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS)	Planes de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA)
¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?	Sí, en la mayoría de los casos. **Usted puede atenderse con cualquier médico o en cualquier hospital aprobado por Medicare si ellos aceptan tratarlo. No todos los proveedores aceptarán atenderlo o los términos de pago del plan. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red de proveedores, si se atiende con un proveedor que no pertenece a la red, generalmente pagará más.**	Sí. Algunos planes pueden tener médicos y hospitales preferidos a los que puede ir por un costo más bajo.
¿Cubre los medicamentos recetados?	A veces. Si el PFFS no ofrece esta cobertura tendrá que inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.	No. Si desea esta cobertura tendrá que inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.
¿Debo escoger un médico de cuidado primario?	No.	No.
¿Necesito un referido para consultar un especialista?	No.	No.
¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?	▪ **Los planes PFFS no son lo mismo que el Medicare Original o una póliza Medigap.** ▪ El plan decide cuánto le corresponde pagar por los servicios. ▪ **Los médicos, hospitales y proveedores pueden decir en cada caso, si lo tratan o no, aun si usted ya era paciente de ellos.** ▪ Antes de atenderse, asegúrese de buscar un médico, hospital y otros proveedores que acepten atenderlo y que acepten los términos de pago del plan PFFS. ▪ En una emergencia, los proveedores y hospitales deben atenderlo.	▪ Los planes MSA tienen 2 partes: una parte con deducible alto y una cuenta bancaria. Medicare le entrega al plan una cantidad cada año para sus servicios, el plan deposita una parte de ese dinero en su cuenta. La cantidad depositada generalmente es menos que el deducible, o sea que usted tendrá que pagar de su bolsillo hasta que cubra el deducible y recién comenzará su cobertura. ▪ El dinero que gasta en servicios cubiertos por las Parte A y B cuentan para el pago del deducible. Una vez que lo haya pagado, su plan comenzará a pagar por sus servicios cubiertos por Medicare. ▪ El dinero restante en su cuenta al final del año se juntará con el depositado para el próximo año.

Nota: En el 2010 los Planes Medicare MSA no estarán disponibles en Pensilvania.

¿Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

	Planes para Necesidades Especiales (SNP)
¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?	Por lo general debe atenderse con médicos y en hospitales de la red del plan (excepto en caso de emergencia, de atención urgente fuera del país o de diálisis fuera del área). Los planes tienen especialistas para las condiciones o enfermedades que afectan a sus miembros.
¿Cubre los medicamentos recetados?	Sí. Todos los SNP deben ofrecer la cobertura de recetas médicas (Parte D).
¿Debo escoger un médico de cuidado primario?	Generalmente sí, o tendrá que tener un coordinador para que planifique su atención médica.
¿Necesito un referido para consultar un especialista?	Sí, en la mayoría de los casos. Para la mamografía anual, el Papanicolaou y el examen pélvico dentro de la red del plan (por lo menos cada 2 años) no necesita un referido.
¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?	▪ Los SNP limitan sus membresías a personas que 1) viven en ciertas instituciones (como asilos de ancianos) o requieren cuidado de enfermería en sus hogares, o 2) son elegibles para Medicare y Medicaid, o 3) padecen de uno o más problemas de salud crónicos o que los incapaciten (como diabetes, insuficiencia cardiaca, problemas mentales, o VIH/SIDA). ▪ El plan puede limitarse a aceptar solamente a gente que pertenezca a uno de esos grupos o aun limitar a la gente dentro de estos grupos. También podrían aceptar un número limitados de miembros que no pertenezca a dichos grupos. ▪ Los planes deben coordinar los servicios y proveedores que usted necesita para mantenerse sano y para seguir las indicaciones de su médico. ▪ Si tiene Medicare y Medicaid, asegúrese de que los médicos y otros proveedores que lo atienden, acepten Medicaid. ▪ Si vive en un centro (como un asilo de ancianos), asegúrese de que los médicos y proveedores del plan atiendan a las personas de su asilo.

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

¿Cuándo Puedo Inscribirme, Cambiarme o Cancelar un Plan Medicare Advantage?

Usted puede inscribirse, cambiarse o cancelar un Plan Medicare Advantage:

- Cuando sea elegible para Medicare por primera vez (en el período de 7 meses que incluye 3 meses antes a 3 meses después de cumplir 65 años y el mes en que cumple los 65 años).
- Si obtiene Medicare debido a una incapacidad, puede inscribirse 3 meses antes a 3 después del mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. Usted tendrá otra oportunidad para inscribirse 3 meses antes y 3 meses después de su cumpleaños 65.
- Del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente, siempre que el plan reciba su solicitud de inscripción para el 31 de diciembre.
- Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan reciba su solicitud. Durante este período, puede:
    - Inscribirse o cambiarse a un plan que ofrezca la cobertura de medicamentos a menos que ya tenga la cobertura de la Parte D.
    - Cancelar el plan que tiene la cobertura de medicamentos.
    - Inscribirse, cambiar o cancelar su Plan de Cuenta de Ahorros Médicos.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

En la mayoría de los casos, usted debe permanecer inscrito por todo el año a partir del momento en que comienza su cobertura. Sin embargo, en ciertas situaciones, podrá inscribirse, cambiar o cancelar el plan en otros momentos. Algunas de estas situaciones incluyen:

- Si se muda fuera del área de servicio
- Si tiene tanto Medicare como Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar por su cobertura de recetas médicas (vea las páginas 78–81)
- Si vive en una institución (como un asilo para ancianos)

Usted puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para conseguir más información. Vea las páginas 110–113 para obtener el número de teléfono.

Nadie puede llamar a su casa sin que usted lo haya solicitado, para venderle cualquier producto de Medicare. Vea las páginas 94–97 para más información sobre cómo protegerse del fraude y del robo de identidad. Si piensa que su plan le ha dado información engañosa o confusa, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo me Inscribo en un Plan Medicare Advantage?

Si decide inscribirse en un Plan Medicare Advantage, podrá hacerlo llenando una solicitud impresa, llamando al plan, en el sitio Web del plan o en www.medicare.gov. Usted puede inscribirse llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Llame al plan para averiguar cómo puede inscribirse. Cuando se inscriba le pedirán su número de Medicare y la fecha de inicio de la cobertura de la Parte A y/o de la Parte B. Esta información aparece en su tarjeta de Medicare.

¿Cómo Cambio de Plan Medicare Advantage?

Si ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage y desea:

- Cambiar de un Plan Medicare Advantage a otro, simplemente inscríbase en el nuevo plan. Usted será dado de baja automáticamente del antiguo plan cuando empiece la cobertura del nuevo.
- Si quiere cambiar de un Plan Medicare Advantage al Medicare Original, debe comunicarse con su plan o llamar al 1-800-MEDICARE. También tendrá que tomar una decisión sobre la cobertura Medicare de rectas médicas (Parte D).

Nota: Usted solamente puede cambiar de plan en ciertos momentos. Vea la página 58.

Si su Plan Medicare Advantage se retira del Programa Medicare

Le enviarán una carta indicándole cuáles son sus opciones. Generalmente, usted regresará automáticamente al Medicare Original si es que no escoge inscribirse en otro Plan Medicare Advantage. También tendrá derecho a comprar ciertas pólizas Medigap.

¿Qué Pasa Si mi Plan Deja de Prestar Servicios en mi Área?

Tal vez pueda quedarse con la cobertura de ese plan si no hubiera otro Plan Medicare Advantage en su zona. Si el plan le ofrece esta opción, tendrá que viajar al área de servicio del plan para que lo atiendan (excepto en casos de emergencia o necesidad de cuidado urgente). Si su plan no ofrece esta opción, usted regresará automáticamente al Medicare Original. En este caso, tendrá derecho a comprar una póliza Medigap. Si decide regresar al Medicare Original y obtener la cobertura de recetas médicas, tendrá que inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

Otros Planes de Salud de Medicare

Algunos tipos de planes de salud de Medicare que proveen cobertura médica no son Planes Medicare Advantage, pero siguen siendo parte del programa Medicare. Estos planes ofrecen la cobertura de las Partes A (Seguro de Hospital) y B (Seguro Médico), y algunos también la Parte D (cobertura Medicare de recetas médicas). Estos planes funcionan de un modo similar y con algunas de las mismas normas que los Planes Medicare Advantage. Algunas de estas normas se explican brevemente a continuación y en la página siguiente. Sin embargo, cada tipo de plan tiene sus normas especiales y excepciones, si quiere información detallada debe comunicarse con el plan que le interesa.

Planes Medicare de Costo

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

- Puede inscribirse aun si sólo tiene la Parte B.
- Si se atiende con un proveedor que no pertenece a la red del plan, el servicio estará cubierto por el Medicare Original. Debe pagar la prima de la Parte B y los deducibles y coseguro de las Partes A y B.
- Puede inscribirse en uno de estos planes en cualquier momento en el que esté aceptando nuevos miembros.
- Puede cancelar este plan en cualquier momento y regresar al Medicare Original.
- Puede obtener su cobertura de recetas médicas del plan (si la ofrece) o inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para añadir esta cobertura.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

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

Si desea más información sobre los Planes Medicare de Costo, llame al plan. También puede consultar www.medicare.gov, o llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El número está listado en las páginas 110–113.

Otros Planes de Salud de Medicare (continuación)

Programas Piloto

Los programas piloto, a veces conocidos como "estudios de investigación", son proyectos especiales para probar futuras mejoras en la cobertura, costos y calidad de los servicios de Medicare. Los programas piloto generalmente son para un grupo específico de gente y/o se ofrecen sólo en áreas específicas. Si desea más información sobre cómo funcionan llame al programa piloto.

Para informarse sobre los programas piloto actuales, visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga "Agente". Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)

Los planes PACE combinan los servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo y cobertura de medicamentos para personas delicadas de salud y incapacitadas. Este programa brinda atención y servicios en la comunidad para aquellas personas que de otro modo necesitarían el nivel de cuidado que reciben en un asilo para ancianos.

Para ser elegible para PACE, usted debe:

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

PACE usa fondos de Medicare y Medicaid para cubrir los servicios que reciba siempre que sean necesarios por razones médicas. Usted puede tener Medicare, Medicaid o ambos para inscribirse en PACE. Llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible y si hay un PACE cerca de usted. Para más información puede visitar www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11341_S.pdf y consultar el "Resumen sobre los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE)".

Si quiere más información sobre PACE y el cuidado a largo plazo, consulte las páginas 100–102.

Planes Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D)

La cobertura de las recetas médicas (Parte D) está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Para conseguir esta cobertura debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Estos planes los ofrecen las compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Cada plan varía en cuanto a los costos y a los medicamentos que cubre.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Hay 2 maneras de obtener la cobertura de medicamentos recetados:

1. **Inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare** (a veces conocido como "PDP") que añade esta cobertura al Medicare Original, a ciertos Planes Medicare de Costo, algunos Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) y a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA).
2. **Inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare que incluya como parte del plan la cobertura de recetas médicas.** Usted recibirá todos los beneficios de Medicare (Partes A y B) y la cobertura de medicamentos (Parte D) a través del plan. A veces a estos planes se les conoce como "MA-PD".

En esta sección a ambos tipos de planes se les llamará "planes Medicare de recetas médicas".

¿Por Qué Debería Inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados?

Aun si ahora no necesita muchos medicamentos debe igualmente pensar en inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Consulte la página 43 para obtener una lista de lo que debe tener en cuenta al escoger un plan. Si no se inscribe en un plan de recetas médicas cuando es elegible por primera vez, no tiene otra cobertura válida de medicamentos y decide inscribe más tarde probablemente tenga que pagar la penalidad por inscripción tardía (una prima más alta). Vea la página 67 para obtener más información sobre la cobertura válida y la multa por inscripción tardía.

Aviso: Las muestras gratis de los médicos, las tarjetas de descuento, las clínicas gratuitas, los programas de farmacia de asistencia de compañías o sitios Web que ofrecen medicamentos con descuento no son considerados cobertura de medicamentos ni cobertura válida.

Si es una persona de recursos e ingreso limitados, tal vez sea elegible para obtener Ayuda Adicional para pagar por el costo de su cobertura de recetas médicas. También podría recibir ayuda de su estado. Vea las páginas 78–84.

¿Quién Puede Obtener esta Cobertura?

Para inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados tiene que tener las Partes A y/o B. Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro plan de salud que ofrezca la cobertura de medicamentos recetados, debe tener las Partes A y B y vivir en el área de servicio del plan de medicamentos en el que desea inscribirse.

Si tiene cobertura de su empleador o sindicato, llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio o de inscribirse en otro plan. Si cancela su plan de empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarlo. Además, es posible que si cancela la cobertura de **medicamentos**, también tenga que cancelar su cobertura de **salud** (médico y hospital). Tenga en cuenta que si deja su cobertura, puede que también esté cancelando la de su cónyuge y dependientes.

¿Cuándo Puedo Inscribirme, Cambiar o Cancelar un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

Usted sólo puede inscribirse, cambiar o cancelar el plan:

- Cuando es elegible para Medicare por primera vez (en el período de 7 meses que incluye 3 meses antes a 3 meses después de cumplir 65 años y el mes en que cumple los 65 años).
- Si tiene Medicare por una incapacidad, puede inscribirse 3 meses antes o 3 meses después del mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. Usted tendrá otra oportunidad para inscribirse 3 meses antes o 3 meses después de cumplir 65 años.
- Del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente, siempre que el plan reciba su solicitud para el 31 de diciembre.
- Entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año si ya tiene la cobertura de las recetas médicas.
- En cualquier momento si es elegible para recibir Ayuda Adicional o si tiene tanto Medicare como Medicaid.

En la mayoría de los casos, deberá permanecer inscrito por un año a partir de la fecha en que comienza la cobertura. Sin embargo, en ciertas situaciones, usted podrá inscribirse, cambiar o cancelar su plan de medicamentos durante un período especial de inscripción (por ejemplo si se muda fuera del área de servicio del plan, si pierde su cobertura válida de medicamentos, o si vive en una institución).

¿Cuándo Puedo Inscribirme, Cambiar o Cancelar un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare? (continuación)

Para más información, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Vea las páginas 110–113 para obtener el número de teléfono. También puede obtenerlo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

¿Cómo Me Inscribo?

Una vez que haya escogido un plan de medicamentos recetados puede inscribirse llenando una solicitud impresa, llamando al plan, en el sitio Web del plan o en www.medicare.gov. Usted puede inscribirse llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE. **Los planes de recetas médicas no están autorizados a llamarlo para que se inscriba. Llame al 1-800-MEDICARE para denunciar al plan si lo hace.**

Llame al plan para averiguar cómo inscribirse. Cuando se inscriba le pedirán su número de Medicare y la fecha de inicio de la cobertura de la Parte A y de la Parte B (que aparece en su tarjeta de Medicare). **Visite www.medicare.gov, o llame al 1-800-MEDICARE para obtener la lista de los planes Medicare en su zona.**

¿Cómo Cambio de Plan?

Según las circunstancias, usted puede cambiarse a un nuevo plan Medicare de Medicamentos Recetados simplemente inscribiéndose en otro plan durante uno de los períodos mencionados en la página 63. **Usted no tiene que cancelar su antiguo plan ni enviarles un aviso.** Su cobertura será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su nuevo plan le enviará una carta avisándole cuándo se inicia la cobertura.

Después de inscribirse en el plan Medicare de medicamentos, el plan le enviará los documentos y la tarjeta que tendrá que usar para obtener sus medicamentos.

Aviso: Si su Plan Medicare de Medicamentos Recetados decide retirarse del programa Medicare o deja de prestar servicios en su zona, le enviará una carta informándole cuáles son sus opciones. Entonces podrá inscribirse en otro plan de medicamentos. Si ya tenía un Plan Medicare Advantage con cobertura de recetas médicas, consulte la página 59.

Lo Que Usted Paga

La misma cobertura y los costos varían de acuerdo al plan pero todos deben brindar al menos el nivel de cobertura estándar establecido por Medicare.

A continuación y en la próxima página encontrará una descripción de los pagos que le hace al plan de medicamentos durante el año. Después de la descripción encontrará un ejemplo de lo que tendrá que pagar en un plan. Sus costos reales variarán según los medicamentos que necesite, el plan que escoja, si los compra en una farmacia de la red del plan y si es elegible para la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D).

- **Prima** mensual—La mayoría de los planes de medicamentos recetados cobra una prima mensual que varía de acuerdo al plan y que deberá pagar además del pago de la prima de la Parte B. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage (HMO o PPO) o en un Plan Medicare de Costo que incluye la cobertura de medicamentos recetados, la prima mensual que le paga al plan puede incluir una cantidad para cubrir los medicamentos.
- **Deducible anual**—Es la cantidad que paga por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. Algunos planes no cobran deducible.
- **Copagos o coseguro**—Las cantidades que paga por sus medicamentos después de haber pagado el deducible. Usted paga una parte y el plan la otra parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos.
- **Interrupción en la cobertura o período sin cobertura**—La mayoría de los planes de recetas médicas de Medicare tiene un período sin cobertura. Esto significa que una vez que usted y su plan hayan gastado cierta cantidad de dinero en medicamentos cubiertos, tendrá que pagar todos los costos de sus medicamentos hasta un límite anual. El deducible anual, coseguro, copagos y lo que pague durante la interrupción de cobertura se toma en cuenta para el límite de gastos de su bolsillo. El límite no incluye la prima del plan de medicamentos recetados.

Algunos planes ofrecen cobertura durante la interrupción, por ejemplo cubren los medicamentos genéricos. Sin embargo, podrían cobrarle una prima más alta. Pregúntele al plan si sus medicamentos estarían cubiertos durante la interrupción en la cobertura.

Si desea comparar los costos, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El teléfono aparece en las páginas 110–113. También puede visitar www.medicare.gov y seleccionar “Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas”.

Lo Que Usted Paga (continuación)

Cobertura catastrófica—Una vez que usted haya alcanzado el límite para los gastos de su bolsillo durante la interrupción de cobertura, automáticamente obtendrá la cobertura catastrófica. Esta cobertura le garantiza que una vez que haya llegado al límite de gastos de su bolsillo, sólo pagará un pequeño coseguro o copago por el resto del año.

Aviso: Si obtiene Ayuda Adicional para pagar por su cobertura de recetas médicas, no tendrá una interrupción en la cobertura y sólo tendrá que pagar un copago o coseguro pequeño cuando llegue a la cobertura catastrófica. Vea las páginas 78–81.

El ejemplo a continuación muestra el costo de los medicamentos cubiertos para el 2010, para un plan con interrupción de cobertura.

La Sra. Torres se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2010. No recibe Ayuda Adicional y usa su tarjeta del plan para comprar sus medicamentos.

Prima mensual—La Sra. Torres paga una prima mensual durante el año.			
1. Deducible Anual →	2. Copago/ Coseguro →	3. Interrupción de Cobertura →	4. Cobertura Catastrófica
La Sra. Torres paga los primeros $310 del costo de sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar su parte.	La Sra. Torres paga un copago y el plan paga lo que le corresponde del costo de cada medicamento cubierto hasta que la cantidad que **ambos** hayan pagado (más el deducible) llegue a $2,830.	Una vez que la Sra. Torres y su plan hayan gastado $2,830, ella entrará en la interrupción de cobertura, lo que significa que tendrá que pagar **el costo total de sus medicamentos** hasta que la cantidad pagada por la Sra. Torres en medicamentos recetados sea de $4,550.	Después que la Sra. Torres haya gastado de su bolsillo $4,550, termina la interrupción de cobertura. Ahora sólo tendrá que pagar un copago pequeño por cada medicamento hasta el final del año.

Llame al plan que le interesa para obtener los costos específicos de los planes Medicare. También puede visitar www.medicare.gov, o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para comparar los planes en su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué es la Penalidad por Inscripción Tardía en la Parte D?

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

La penalidad por inscripción tardía es la cantidad que se agrega a la prima que paga por la Parte D. Tendrá que pagar esta penalidad si:

- No se inscribió en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados cuando fue elegible para Medicare por primera vez, y no tenía una cobertura válida de medicamentos.
- Estuvo por lo menos 63 días seguidos sin la cobertura de medicamentos del plan Medicare o sin otra cobertura válida de medicamentos.

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

Cómo evitar el pago de la penalidad:

- **Inscríbase en un plan Medicare de recetas médicas cuando sea elegible por primera vez.** No tendrá que pagar la penalidad aun si nunca antes tuvo una cobertura de medicamentos.
- **No pase más de 63 días seguidos sin esta cobertura u otra cobertura válida/acreditable de medicamentos.** La cobertura válida de medicamentos puede incluir la que usted tiene a través de su empleador o sindicato, TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. El plan le avisará cada año si la cobertura que tiene es válida. Guarde esta información, tal vez la necesite cuando decida inscribirse en un Plan Medicare de Recetas Médicas.
- **Avísele a su plan de recetas médicas de Medicare si tiene otra cobertura acreditable.** Espere por la carta de su plan preguntándole si tiene cobertura acreditable y llene el formulario que le envían si tiene otra cobertura. Si no le informa al plan sobre su cobertura acreditable, puede que tenga que pagar una penalidad.

¿Cuánto me Costará la Penalidad?

Cuando se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, el plan le dirá si tiene que pagar la penalidad y cuál será la prima mensual. Para calcular su penalidad, cuente el número de meses en los que no tuvo una cobertura válida de medicamentos después de ser elegible para inscribirse en el plan. Multiplique dicho número por $.32 en el 2010 "cálculo de la penalidad de 1%", así podrá calcular la cantidad que se agregará a la prima mensual durante ese año. Esta cantidad puede aumentar cada año.

Si está en Desacuerdo con el Monto de la Penalidad

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

Normas Importantes de la Cobertura de Recetas Médicas

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

Qué Puede Hacer si Necesita un Medicamento Antes de Recibir la Tarjeta del Plan

Aproximadamente 2 semanas después de inscribirse en el plan usted recibirá una carta en la que le avisan que recibieron su información. En más o menos 5 semanas recibirá el paquete de bienvenida con su tarjeta. Si necesita comprar un medicamento antes de que llegue su tarjeta, puede llevar a la farmacia cualquiera de estos comprobantes:

- Una carta del plan
- El número de confirmación que recibió de su plan y el nombre y número de teléfono del plan

También debe llevar su tarjeta de Medicare y/o de Medicaid, una prueba de cualquier otra cobertura de medicamentos que tenga y una identificación con fotografía. Si es elegible para la Ayuda Adicional, consulte la página 80 para averiguar qué puede usar como prueba de que le dieron la Ayuda Adicional. Si no tiene ninguno de los comprobantes mencionados, y el farmacéutico no tiene forma de comprobar la información, tal vez tenga que pagar la receta de su bolsillo. **Si lo hace, guarde los recibos y comuníquese con su plan para que le reembolsen el pago.**

Si quiere saber cómo trabaja la cobertura de Medicare de recetas médicas con otra cobertura de medicamentos, consulte las páginas 71–72.

Una vez que haya escogido un plan, inscríbase temprano para darle tiempo al plan para que le envíe la tarjeta, la carta de confirmación, y el paquete de bienvenida antes de que comience la cobertura. De este modo, aun si va a la farmacia el primer día de cobertura, podrá obtener sus medicamentos sin retrasos. Si no recibe estos documentos, llame a su plan.

Normas Importantes de la Cobertura de Recetas Médicas (continuación)

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

- Autorización previa—Usted o la persona que le receta el medicamento (su médico u otro proveedor que legalmente puede hacerle una receta escrita) debe comunicarse con el plan antes de comprar el medicamento. Su médico tal vez tenga que demostrarle al plan que hay un motivo médico para que el plan cubra dicho medicamento.
- Límite de cantidad—Esto se refiere a la cantidad de píldoras que puede obtener cada vez.
- Terapia en etapas/pasos—Significa que antes que el medicamento que le recetó el médico sea pagado por el plan, usted debe probar uno o más medicamentos similares de menor costo.

Si su médico piensa que alguna de estas normas no debería aplicarse, puede solicitar una excepción. Consulte las páginas 90–91.

¿Qué son los "Niveles" o "Categorías" del Formulario del Plan?

Muchos Planes Medicare de Recetas Médicas clasifican sus medicamentos por "niveles". Los medicamentos de cada nivel tienen un costo diferente. Por ejemplo, un medicamento clasificado en un nivel más bajo cuesta menos que el que está en un nivel más alto. En algunos casos, si el medicamento que necesita está en un nivel más alto y su médico indica que usted lo necesita en vez de uno similar que cueste menos (nivel más bajo), puede solicitar una excepción y pedirle a su plan que le cobre un copago menor.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Aviso: Los planes de medicamentos deben cubrir todas las vacunas disponibles comercialmente (como la del herpes zoster) cuando sean necesarias por razones médicas para prevenir enfermedades, excepto las vacunas cubiertas por la Parte B. La información sobre la lista de medicamentos cubiertos (formulario) no se incluye en este manual porque cada plan tiene su propio formulario. Los formularios pueden cambiar. Comuníquese con su plan para obtener el formulario, o visite el sitio Web del plan. También puede visitar www.medicare.gov y seleccione "Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas".

En la mayoría de los casos, los medicamentos que recibe como paciente ambulatorio por ejemplo en la sala de emergencia (a veces conocidos como "medicamentos de autoadministración") no están cubiertos por la Parte B. Su plan de medicamentos recetados de Medicare puede cubrirlos **en ciertas circunstancias**. Lo más probable es que tenga que pagarlos de su bolsillo y luego enviarle la factura al plan. Para más información llame a su plan. También puede visitar www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11333_S.pdf para revisar la hoja de datos, "¿Cómo Cubre Medicare los Medicamentos de Autoadministración que Recibe como Paciente Ambulatorio en un Hospital?".

Normas Importantes de la Cobertura de Recetas Médicas (continuación)

Maneras de Pagar la Prima del Plan

Hay varias maneras de pagar la prima del plan. De acuerdo al plan y a su situación, usted puede pagar la prima de una de estas 4 maneras:

1. **Deducirla** de su cuenta de ahorro o cuenta corriente.
2. **Cargarla** a su tarjeta de débito o de crédito.
3. **Que le envíen una factura** directamente cada mes (algunos planes facturan por adelantado por la cobertura del mes siguiente). **Envíele el pago a su plan en vez de a Medicare. Para averiguar la dirección para enviar el pago, llame al plan.**
4. **Deducirla de su cheque del Seguro Social.** Comuníquese con su plan (no con el Seguro Social) para averiguar sobre esta opción de pago. Si escoge esta opción, la primera deducción se hará a los 3 meses y se combinará el pago de la prima de los 3 primeros meses. También puede notar un retraso en la deducción de las primas si cancela o se cambia de plan.

Si desea más información sobre las primas de los planes de recetas médicas de Medicare o la manera de pagarlas, hable con su plan.

Use los recursos siguientes para obtener más información sobre la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados:

- Comuníquese con el plan que le interesa.
- Visite www.medicare.gov/pdphome.asp para obtener información general, ver las publicaciones y buscar los planes disponibles en su zona.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Cobertura de Medicamentos”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (SHIP) para obtener asesoría gratuita y personalizada sobre seguros. Para obtener el número de teléfono vea las páginas 110–113.

Otros Seguros Privados

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

Cobertura de empleador o sindicato—Cobertura de salud para usted, su cónyuge u otro familiar de su empleador anterior o actual o sindicato. Si tiene cobertura de medicamentos basada en su empleo actual o antiguo, su empleador o sindicato le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es válida. **Guarde estas notificaciones.** Si desea más información llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio.
COBRA (Ley Consolidada de Equilibrio Presupuestario de 1985)—Es una ley federal que podría permitirle que mantenga la cobertura médica de su empleador o el de su cónyuge, una vez que su empleo se haya terminado, o después de haber perdido su cobertura como dependiente de un empleado. Tal y como se explica en la página 24, hay varios motivos por los que debería aceptar la Parte B en vez de COBRA. Sin embargo, si acepta COBRA con cobertura válida de medicamentos recetados, se le dará un Período Especial de Inscripción para que se inscriba en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados sin que tenga que pagar la penalidad una vez que termine la cobertura de COBRA. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para averiguar si COBRA es una buena opción para usted. El número de teléfono aparece en las páginas 110–113.
Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) con cobertura de recetas médicas—Las pólizas Medigap ya no pueden venderse con la cobertura de las recetas médicas, pero si usted tiene una póliza Medigap que cubre los medicamentos, puede quedársela. Sin embargo, tal vez le convenga más inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados porque la mayoría de la cobertura de medicamentos de las pólizas Medigap no es considerada cobertura válida de medicamentos. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda con la póliza Medigap, la compañía de seguro Medigap debe quitar la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos de la póliza y reducir la prima. Si desea más información llame a su compañía de seguro Medigap.

Nota: Guarde cualquier notificación de cobertura válida. Tal vez la necesite si decide inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados más tarde. No envíe cartas o certificados de cobertura válida a Medicare.

Otros Seguros Privados (continuación)

Seguro Médico para Empleados Federales (FEHBP por su sigla en inglés)—Cobertura de servicios médicos para los empleados y jubilados federales y sus familiares. Si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, puede quedarse con su plan de FEHBP y los planes le informarán quién paga primero. Si desea más información comuníquese con la Oficina de Administración de Personal llamando al 1-888-767-6738, o visite www.opm.gov/insure. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-878-5707. Si tiene preguntas también puede llamar a su plan.
Beneficios para Veteranos—Seguro médico para los veteranos de guerra y de las fuerzas militares. Tal vez pueda obtener la cobertura de sus medicamentos a través del programa de VA. Usted puede inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, pero si lo hace, no podrá usar ambos tipos de cobertura para la misma receta. Si desea más información llame al Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) al 1-800-827-1000 o visite www.va.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-829-4833.
Beneficios para Militares (TRICARE)—Es un seguro médico para militares en servicio activo, militares jubilados y sus familias. La mayoría de los beneficiarios de TRICARE que son elegibles para la Parte A, deben tener la Parte B para poder quedarse con la cobertura de recetas médicas de TRICARE. Si tiene TRICARE, no tiene la obligación de inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Si lo hace, el plan de medicamentos de Medicare pagará primero y TRICARE será el pagador secundario. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage que ofrece la cobertura de las recetas médicas, TRICARE no pagará por sus medicamentos. Si desea más información, comuníquese con el contratista farmacéutico de TRICARE llamando al 1-877-363-1303, o visite www.tricare.osd.mil. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-540-6261.
Servicios de Salud para Indígenas—Servicios para los indio-americanos y nativos de Alaska a través de un proveedor de servicios médicos para indígenas. Si obtiene sus medicamentos de una farmacia de salud para indígenas, no tiene que pagar nada y su cobertura no tendrá interrupción. Si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados podría ayudar a su proveedor de servicios de salud para indígenas con los costos de los servicios, porque el plan pagaría una parte del precio de cada medicamento. Hable con su coordinador de beneficios para que le ayude a escoger un plan que responda a sus necesidades y le informe cómo funciona Medicare con su servicio de salud.

Nota: Los tipos de seguro listados aquí se consideran como cobertura válida de medicamentos. Si tiene alguno de estos seguros, en la mayoría de los casos será mejor que se quede con su cobertura actual.

¿Quién Paga Primero si Tengo otro Seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como el de su empleador o sindicato), hay normas para decidir si Medicare o su otro seguro paga primero. Al seguro que paga primero se le conoce como "pagador primario" y paga hasta el límite de su cobertura. El otro es el "pagador secundario", sólo paga si queda algún costo pendiente que el pagador primario no haya pagado.

Si su otro seguro proviene de su empleador o sindicato, se aplican estas normas:

- Si usted está **jubilado** Medicare paga primero.
- Si su cobertura proviene de su **empleador actual** o de un miembro de su familia, el que paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, incapacidad o por padecer de ESRD:
  - Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, su plan paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y está trabajando, su plan paga primero si su empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece de ESRD, su plan paga primero en todos los casos durante los 30 primeros meses que usted tenga Medicare.

Los seguros siguientes siempre pagan primero:

- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios para mineros ("pulmón negro")
- Seguro de accidente de trabajo ("compensación al trabajador").

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

Si tiene otro seguro dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame al Contratista de Coordinación de Beneficios de Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-318-8782. Tal vez deba darle a su otro seguro su número de Medicare (después de haber confirmado la identidad), para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

Póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

El Medicare Original paga muchos pero no todos los servicios médicos y suministros. Una póliza Medigap, vendida por una compañía de seguro privada puede ayudarle a cubrir las faltas de cobertura del Medicare Original tales como copagos, coseguro y deducibles. Algunas pólizas Medigap cubren otros beneficios que Medicare no cubre como la atención médica cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos. Si usted está inscrito en el Medicare Original y tiene una póliza Medigap, ambos planes pagarán la parte que les corresponde de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios médicos cubiertos. Medicare no paga ningún costo de la póliza Medigap.

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

Nota: En Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, están estandarizadas de manera diferente.

NUEVO: A partir del 1 de junio de 2010, los tipos de planes Medigap que puede comprar cambiarán:

1. Se ofrecerán 2 planes nuevos—Pólizas M y N.
2. Ya no se venderán los planes E, H, I, J. Si ya tiene o ha comprado uno de estos planes antes del 1 de junio de 2010 puede quedársela. Para más información, comuníquese con su plan.

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

En algunos estados, quizá pueda comprar otro tipo de póliza Medigap llamada Medicare SELECT (una póliza Medigap con la que debe atenderse en hospitales específicos y en algunos casos, con médicos específicos para recibir los beneficios completos).

Si Desea Comprar una Póliza Medigap

- Generalmente debe tener las Partes A y B de Medicare.
- Tendrá pagar una prima mensual a la compañía de seguro que le vendió la póliza Medigap y además seguirá pagando la prima mensual por la Parte B. Vea la página 119.
- Las pólizas Medigap sólo cubren a una persona, si usted y su cónyuge quieren la cobertura de Medigap, tendrán que comprar cada uno su póliza.
- Es importante que compare las pólizas dado que los costos pueden variar y en algunas pueden aumentar a medida que usted envejece. Los precios pueden estar limitados por las leyes estatales.
- El mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el período de 6 meses y se inicia el primer día del mes en que usted cumpla con estos requisitos: tenga 65 años o más y esté inscrito en la Parte B de Medicare (algunos estados pueden tener períodos de inscripción adicionales). Después del período inicial de inscripción sus opciones para comprar una póliza Medigap pueden ser limitadas.
- Si tiene menos de 65 años, tal vez tenga derechos adicionales para comprar una póliza Medigap de acuerdo a las leyes del estado.
- Si tiene una póliza Medigap y se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) puede que considere darse de baja de su póliza Medigap. Puede continuar pagando su póliza Medigap, pero **no puede** usar su póliza para pagar los copagos y deducibles de su Plan Medicare Advantage.
- Si decide darse de baja de su póliza Medigap, debe llamar a su compañía de seguros para cancelar la póliza.
- Si ya tiene un Plan Medicare Advantage, es ilegal que cualquier persona le venda una póliza Medigap a menos que usted esté regresando al Medicare Original.
- Si se inscribe en un plan de salud de Medicare por primera vez y no está satisfecho con el plan puede regresar al Medicare Original dentro del año de haberse inscrito.
  - Si antes de inscribirse ya tenía una póliza Medigap, puede recuperarla si la compañía todavía la vende.
  - Su póliza Medigap ya no podrá ofrecerle la cobertura de medicamentos aun si antes la tenía, pero sin embargo podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.
  - Si se inscribe en un plan de salud de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez, podrá escoger cualquier póliza.
- Si usted compra una póliza Medicare SELECT tiene derecho a cambiar de opinión dentro del año de su inscripción y cambiarse a una póliza Medigap estandarizada.
- Usted no puede tener la cobertura de recetas médicas de Medigap y la de un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Vea la página 71.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

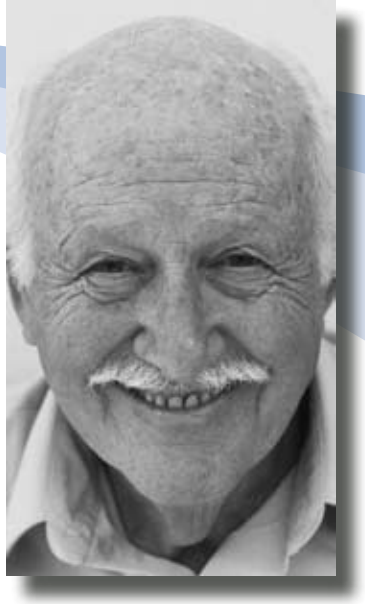
Para más Información sobre las pólizas Medigap

- Visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02110_S.pdf y consulte la publicación "Selección de una Póliza Medigap: La Guía Para las Personas con Medicare".
- También puede llamar al Departamento Estatal de Seguros. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir el número de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para buscar y comparar las pólizas Medigap

- Visite www.medicare.gov y seleccione "Compare las Opciones de Planes de Salud en su Área".
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El número de teléfono está listado en las páginas 110–113.

SECCIÓN 3



Programas para Personas con Ingresos y Recursos Limitados

Hay programas federales y estatales disponibles para las personas con recursos e ingresos limitados. Estos programas pueden ayudarle a ahorrar dinero en sus servicios médicos y medicamentos o brindarle un ingreso adicional.

La Sección 3 incluye información sobre:

La Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de las recetas médicas (Parte D) 78–81

Medicaid 82

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs) 82

Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE) 82

Programas Medicare de Ahorros 83

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 84

Programas para los que viven en los Territorios de los Estados Unidos 84

Guarde toda la información que reciba de Medicare, del Seguro Social, de su plan médico o de medicamentos de Medicare, Medigap o del seguro de su empleador o sindicato. Esta información puede incluir cartas en las que le otorgan o niegan un beneficio, el Aviso Anual de Cambio, la notificación sobre la cobertura válida de medicamentos o el Resumen de Medicare. Para solicitar los programas que mencionamos en esta sección, necesitará estos documentos. También debe guardar una copia de cualquier solicitud que presente.

Programas para Personas con Ingresos y Recursos Limitados

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

Las Islas Vírgenes, Guam, Samoa America, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el Estado Libre Asociado de las Islas Marianas del Norte les brindan ayuda a sus residentes para pagar por los medicamentos cubiertos por Medicare. Esta ayuda no es igual que la Ayuda Adicional descrita a continuación. Si desea más información, consulte la página 84.

Ayuda Adicional para Pagar por la Cobertura de sus Recetas Médicas (Parte D)

Usted podría ser elegible para recibir la ayuda adicional de Medicare, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) para pagar por su cobertura de medicamentos si su ingreso anual y sus recursos están por debajo de los límites establecidos para el 2009:

- Ingreso de menos de $16,245 y recursos de menos de $12,510—para una persona soltera.
- Ingreso de menos de $21,855 y recursos de menos de $25,010—para una persona casada que vive con su cónyuge y sin otros dependientes.

Estas cantidades cambiarán en el 2010. Usted podría ser elegible aun si su ingreso es mayor (por ejemplo si sigue trabajando, vive en Alaska o Hawai o tiene dependientes que viven con usted). Los recursos incluyen el dinero que tenga en una cuenta corriente o en una cuenta de ahorro, acciones y bonos. Los recursos **no** incluyen su vivienda, automóvil, la sepultura y hasta $1,500 para gastos de entierro (por persona), muebles y otros artículos del hogar o el seguro de vida.

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

- Ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos. Teniendo en cuenta su ingreso y recursos y el monto de la prima, podría pagar una prima reducida o no pagar la prima de un plan básico. Para un plan mejorado (un plan que incluye más medicamentos y por lo general tiene una prima más elevada) tendrá que pagar por la cobertura adicional.
- Ayuda para pagar el deducible anual.
- Ayuda para pagar el coseguro y copagos de los medicamentos que estén en el formulario (lista de medicamentos cubiertos) del plan. Usted generalmente paga el precio total del medicamento si no está en el formulario del plan, a menos que se le otorgue una excepción. Vea la página 90.
- No tiene que pagar la penalidad por inscripción tardía.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Ayuda Adicional para Pagar por la Cobertura de sus Recetas Médicas (Parte D) (continuación)

Usted será elegible **automáticamente** para recibir esta ayuda si tiene Medicare y:

- Tiene la cobertura completa de Medicaid.
- Obtiene ayuda de su programa estatal Medicaid para pagar las primas de la Parte B de Medicare (pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare).
- Recibe el beneficio de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés).

Medicare le enviará una carta en papel púrpura por correo avisándole que es elegible automáticamente para recibir la Ayuda Adicional. Usted no tiene que solicitarla si recibió esta carta.

- Guarde esta carta.
- Si aún no se inscribió en el plan, debe hacerlo para recibir la ayuda adicional.
- Para obtener esta ayuda adicional debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Si no se inscribe en un plan, Medicare lo hará por usted para asegurarse que obtenga dicha cobertura. Si lo inscribe le enviará una carta en papel amarillo o verde avisándole la fecha en que comienza su cobertura.
- Cada plan cubre distintos medicamentos. Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre los medicamentos que necesita y si puede comprar en la farmacia que usted desea. Compárelo con otros planes de su zona.
- Si recibe ayuda adicional, puede cambiarse de plan en cualquier momento. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente.
- En la mayoría de los casos, pagará una cantidad pequeña por cada medicamento.
- Si tiene Medicaid, Medicare será quien le provea la cobertura de medicamentos. Sin embargo, algunos medicamentos que no estén cubiertos por el plan de Medicare podrían estar cubiertos por Medicaid, así como otros servicios que Medicare no cubre.
- Si tiene Medicaid y vive en una institución (como un asilo para ancianos), no pagará nada por los medicamentos cubiertos por Medicare.

Si es elegible, pagará $2.50 por cada medicamento genérico y $6.30 por los de marca en el 2010. Fíjese en las cartas que reciba sobre la Ayuda Adicional o llame al plan para averiguar el precio de los medicamentos.

Ayuda Adicional para Pagar por la Cobertura de sus Recetas Médicas (Parte D) (continuación)

Si no desea inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (por ejemplo porque quiere quedarse con su cobertura de empleador o sindicato) llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan que aparece en la carta que le enviaron. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Dígales que no quiere inscribirse en un plan de medicamentos recetados (que usted "opta por no hacerlo"). Si continua siendo elegible para recibir Ayuda Adicional, no tendrá que pagar la penalidad por inscripción tardía. Vea la página 67.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

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

- Llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213 para solicitarla por teléfono o para pedir la solicitud impresa. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.
- Visitando www.socialsecurity.gov para solicitarla en línea (Internet).
- Solicitándola en la oficina de Ayuda Médica Estatal (Medicaid). Para obtener el teléfono llame al 1-800-MEDICARE y diga "Medicaid".

Nota: Usted puede solicitar la ayuda adicional en cualquier momento.

Para obtener respuestas a sus preguntas sobre la ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), el número de teléfono aparece listado en las páginas 110–113. También puede llamar al 1-800-MEDICARE.

Si **solicita y obtiene** la Ayuda Adicional debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare para recibirla. Si no se inscribe en un plan, Medicare lo hará por usted. Si Medicare lo inscribe en un plan, le enviará una carta en papel amarillo o azul avisándole cuándo se inicia su cobertura. Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre los medicamentos que necesita y si puede comprar en la farmacia que desea. Si no, puede cambiar de plan en cualquier momento.

Si tiene cobertura a través de su empleador o sindicato y se inscribe en un Plan Medicare de Recetas Médicas, podría perder su cobertura de empleador o sindicato aun si es elegible para la Ayuda Adicional. Llame al administrador de beneficios de su empleador y obtenga más información antes de inscribirse en el plan.

Medicare obtiene información del Seguro Social o de su estado en la que le indican si es elegible o no para recibir la Ayuda Adicional. Si Medicare no tiene la información correcta, tal vez pague un precio incorrecto por su cobertura de medicamentos.

Ayuda Adicional para Pagar por la Cobertura de sus Recetas Médicas (Parte D) (continuación)

Pague la Cantidad Correcta

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

Si no tiene una carta de Medicare o del Seguro Social, puede mostrarle al plan cualquiera de los documentos ("mejor evidencia disponible") que mencionamos a continuación, como prueba de que es elegible para la ayuda adicional. El plan debe aceptar estos documentos. Cada uno de estos documentos demuestra que usted fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio de 2009.

Comprobante de que tiene Medicaid	Comprobante de que vive en una institución
▪ Copia de la tarjeta de Medicaid ▪ Copia de un documento estatal que demuestre que usted tiene Medicaid ▪ Copia impresa del formulario electrónico estatal de inscripción o una impresión de la pantalla del computador donde se indica que usted tiene Medicaid ▪ Cualquier otro documento de su estado que indique que usted tiene Medicaid	▪ Una factura de la institución (como por ejemplo de un asilo para ancianos) o una copia de un documento estatal donde se indique que Medicaid ha pagado por lo menos por un mes. ▪ Una impresión de la pantalla del sitio Web de Medicaid de su estado donde se indique que usted vivió en una institución por lo menos por un mes.

Llame a su plan para averiguar cómo puede hacerle llegar esta información. Si piensa que es elegible para la Ayuda Adicional porque tiene Medicaid o vive en una institución, pero no tiene o no encuentra un comprobante, pídale al plan que le ayude a conseguirlo, el plan tiene que hacerlo.

Si pagó por sus medicamentos desde que fue elegible para la Ayuda Adicional, el plan debería reembolsarle alguno de los costos. Guarde los recibos y llame al plan para obtener más información.

Si su plan no corrige el problema para que usted pague la cantidad correcta por sus medicinas, puede presentarle una queja al plan. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para quejarse. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Ciertos beneficiarios cumplen los requisitos para Medicare y Medicaid (se les conoce como "doblemente elegibles").

- Si tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid casi todos los costos de sus servicios médicos están cubiertos. Usted puede inscribirse en el Plan Medicare Original o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO).
- Los programas Medicaid varían en cada estado. También pueden tener distintos nombres, como "Ayuda o Asistencia Médica" o "Medi-Cal".
- Las personas que tienen Medicaid podrían tener cobertura de ciertos servicios que Medicare no cubre totalmente, como los servicios del asilo para ancianos o de una agencia de cuidado de la salud en el hogar.
- Los límites de ingresos para Medicaid varían de un estado a otro.
- En algunos estados, para ser elegible para Medicaid debe tener Medicare.
- Llame a la oficina de Ayuda Médica Estatal (Medicaid) para averiguar si es elegible y para conseguir más información sobre Medicaid. Visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga "Medicaid" para obtener el número de teléfono de la oficina de Ayuda Médica Estatal (Medicaid). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs por su sigla en inglés)

Varios estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a ciertos beneficiarios a pagar por sus medicamentos recetados basándose en sus necesidades económicas, su edad o problema médico. Cada SPAP tiene sus propias normas de cobertura. Según su estado, el SPAP tendrá maneras diferentes de pagar por sus recetas médicas. Para averiguar cuáles son los SPAP en su estado, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), el número de teléfono aparece listado en las páginas 110–113.

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para las personas delicadas de salud e incapacitadas. Estos programas permiten que las personas que necesitan servicios de enfermería en el hogar, permanezcan en sus comunidades. Para más información consulte la página 101.

Programas de Ahorros de Medicare (Ayuda para Pagar por Medicare)

Los estados tienen programas que pagan las primas de Medicare de las personas de ingresos y recursos limitados y, en algunos casos, también pueden pagar los deducibles y coseguros de las Partes A y B de Medicare. Estos programas ayudan a los beneficiarios de Medicare a ahorrar dinero cada año.

Para ser elegible, debe cumplir todas las condiciones siguientes:

- Debe tener la Parte A
- Su ingreso mensual no debe exceder $1,239 y sus recursos deben ser menos de $8,100 si es soltero
- Su ingreso mensual no debe exceder $1,660 y sus recursos deben ser menos de $12,910 si está casado y vive con su cónyuge

Aviso: Estas cantidades pueden cambiar cada año. Muchos estados calculan sus recursos e ingresos de manera diferente, otros puede que no tengan límites de ingresos y recursos, de modo que usted podría ser elegible en su estado aun si sus ingresos y recursos son más altos. Los recursos incluyen el dinero que tenga en cuentas de ahorro o cuentas corrientes, acciones o bonos, pero no incluyen su automóvil, su vivienda, el terreno para su sepultura, y hasta $1,500 para gastos de entierro (por persona), muebles y otros.

Para Más Información

- Llame o visite la oficina de Asistencia Médica Estatal (Medicaid). Dado que los nombres de estos programas pueden variar en cada estado, pida información sobre los Programas de Ahorros de Medicare. Es importante que llame si cree que reúne los requisitos para cualquiera de ellos, aun si no está seguro.
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga "Medicaid" para obtener el número en su estado. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10126_S.pdf para ver la publicación, "Ayuda con sus Costos de Medicare: Programas que Pueden Ayudarle a Ahorrar Dinero".
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), el número de teléfono aparece listado en las páginas 110–113.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por su sigla en inglés)

La Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) es un beneficio mensual pagada por el Seguro Social a las personas de ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI le brindan dinero en efectivo para cubrir las necesidades básicas de alimentos, ropa y vivienda. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Para recibir SSI, usted también debe cumplir los requisitos siguientes:

- Debe ser residente de los Estados Unidos (o de las Islas Marianas del Norte, pero no de los territorios mencionados abajo).
- No debe ausentarse del país por más de 30 días.
- Ser ciudadano o nacional o estar en una de las categorías elegibles para los que no son ciudadanos. Las personas que viven en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam o Samoa Americana generalmente no pueden obtener el beneficio de SSI. Si desea más información, visite www.socialsecurity.gov y use la "Herramienta de Evaluación de Elegibilidad de Beneficios" para averiguar si reúne los requisitos para obtener SSI u otros beneficios. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 o vaya a la oficina local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

Programas para las Personas que Viven en los Territorios de los Estados Unidos

Son programas para los residentes de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana con ingresos y recursos limitados que les ayudan a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estos lugares. Llame a la oficina local de Asistencia Médica Estatal (Medicaid) para averiguar sobre los requisitos de elegibilidad. Visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga "Medicaid" para más información. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Seguro Médico para Niños

¿Tiene niños o nietos que necesiten un seguro médico? En el 2009 se ha firmado una nueva ley que extiende la cobertura médica a millones de niños no asegurados.

Cada estado tiene su propio programa y sus criterios de elegibilidad. En mucho de ellos, los niños de 18 años o menores que no estén asegurados y cuyas familias ganen hasta $44,500 por año (una familia de 4 integrantes), son elegibles para un seguro médico gratuito o de muy bajo costo, que paga por las visitas médicas, el cuidado dental, los medicamentos, hospitalizaciones y más. Llame al 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) o visite www.insurekidsnow.gov para conseguir más información sobre el Programa de Seguro Médico para Niños.

SECCIÓN 4

Protéjase y Proteja a Medicare

Usted puede protegerse y proteger a Medicare comprendiendo cuáles son sus derechos (incluido su derecho de apelación) y sabiendo cómo detectar y denunciar el fraude.

La Sección 4 incluye información sobre:

Sus Derechos Medicare e Información sobre Apelaciones . 86–88

Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN) 89

Apelaciones (en los Planes Medicare Recetas Médicas) . . . 90–91

Cómo Medicare usa su Información Personal 92–93

Protéjase del Fraude y del Robo de Identidad 94–95

Patrulla Medicare de Beneficiarios de la Tercera Edad (SMP) . . 95

Fraude en la Facturación 96–97

Cómo lo Protege Medicare 97

Intermediario Medicare para el Beneficiario 98

Sus Derechos Medicare

Independientemente del tipo de cobertura de Medicare que tenga, tiene ciertos derechos. Como beneficiario de Medicare, usted tiene derecho a:

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

¿Qué es una Apelación?

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

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

También puede apelar si Medicare o su plan **deja de pagar o de brindarle** un servicio o suministro que usted piensa que aún necesita.

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

Cómo Apelar

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

- Si está inscrito en un plan de salud de Medicare, fíjese en los materiales del plan, llame al plan o visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.pdf y consulte "Sus Derechos y Protecciones Medicare".
- Si está inscrito en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados fíjese en los materiales del plan, llame al plan o consulte las páginas 90–91 para averiguar cómo apelar.
- Si está inscrito en el Medicare Original, puede solicitar una apelación siguiendo estas instrucciones:
    1. Obtenga el Resumen de Medicare (MSN) que muestra el suministro o servicio por el que está apelando. Su MSN es el informe que recibe cada 3 meses en donde se listan todos los servicios que recibió y le indica si Medicare pagó por ellos.
    2. Haga un círculo alrededor del artículo o servicio que aparece en el Resumen de Medicare con el que está en desacuerdo y explique en el MSN las razones por las que está en desacuerdo.
    3. Firme el Resumen de Medicare, incluya un número de teléfono y su número de Medicare en el MSN. Haga una copia y guárdela en su archivo personal.
    4. Envíe el Resumen de Medicare o una copia del mismo, a la dirección del contratista de Medicare que aparece en el MSN. También puede enviar información adicional que tenga y que ayude a su caso.
    5. Usted debe apelar la decisión dentro de los 120 días de la fecha en que recibe el MSN. Si desea apelar, asegúrese de leer su MSN detalladamente y siga las instrucciones. También puede usar el formulario de CMS 20027 y enviárselo al contratista mencionado en su MSN. Visite www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/CMS20027.pdf para ver o imprimir el formulario.

En algunos casos, también puede solicitar una apelación acelerada. Vea la página 88.

¿Cómo puedo averiguar si le facturaron a Medicare o a su plan por servicios que recibí?

Pregúntele a su proveedor si le envió una factura a Medicare o a su plan. Para averiguar qué se facturó:

- Solicite al proveedor de servicios de salud o al suplidor un resumen detallado (debería recibirlo a más tardar en 30 días).
- Si está inscrito en el Medicare Original fíjese en el MSN para ver qué servicios le cobraron a Medicare. Si está inscrito en un plan de Medicare, pregúntele al plan.
- Verifique las reclamaciones que se enviaron a Medicare en www.MiMedicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Su Derecho a una Apelación Acelerada

Si está recibiendo servicios cubiertos por Medicare en un hospital, un centro de enfermería especializada, una agencia de cuidado de la salud en el hogar, un centro ambulatorio de rehabilitación completa o en un hospicio, tendrá derecho a una apelación acelerada (también llamada "revisión acelerada" o "apelación inmediata") si cree que sus servicios fueron terminados antes de tiempo. Usted recibirá un aviso del médico, por lo menos 2 días antes de que terminen los servicios en el que le explican cómo solicitar una apelación acelerada. Si no recibe el aviso, pídalo. Si solicita una apelación acelerada, usted obtendrá una revisión acelerada de médicos independientes, conocidos como Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) que decidirán si los servicios deben continuar.

- Si decide apelar, pida a su médico toda información que pudiera ayudar a su caso.
- También puede llamar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad local y solicitar una apelación acelerada a más tardar para el mediodía del día anterior a la fecha (indicada en el aviso) en que termina su cobertura.
- El número de su QIO en su estado aparece en el aviso. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono, o visitar www.medicare.gov. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Si se le ha pasado el período de tiempo límite para presentar la apelación, continuará teniendo el derecho a apelar:
  - — Si está inscrito en el Medicare Original, llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) local.
  - — Si está inscrito en un plan de Salud de Medicare llame al plan. Para obtener el número de teléfono, consulte los documentos del plan.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), el número de teléfono aparece listado en las páginas 110–113.

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

Si está en el Medicare Original, su proveedor o suplidor puede darle un aviso llamado "Aviso al Beneficiario por Adelantado" (ABN) (o Notificación Previa al Beneficiario):

- Este aviso le indica que Medicare probablemente (o con seguridad) no pagará por algunos servicios en ciertas situaciones.
- Le pedirán que decida si quiere recibir los servicios mencionados en el ABN.
- Si decide obtener dichos servicios tendrá que pagar lo que Medicare no pague.
- Le pedirán que firme el ABN indicando que ha leído y entendió el contenido del ABN.
- Un ABN no es una denegación oficial de cobertura de Medicare. Usted puede recibir los servicios listados en el ABN y solicitarle a su proveedor de servicios de salud que envíe una reclamación a Medicare o a su otro seguro. Si el pago es denegado, puede apelar la decisión. Sin embargo, tendrá que pagar por los artículos o servicios por los que está apelando si es que Medicare determina que dichos artículos o servicios no están cubiertos (y no tiene otro seguro que sea responsable por el pago).
- También puede recibir un ABN por otros motivos, tales como cuando su médico reduce los servicios para el cuidado de la salud en el hogar.
- Si usted tendría que haber recibido un ABN y no lo hizo, en la mayoría de los casos su proveedor debe reembolsarle el dinero que pagó por el artículo o servicio. Sin embargo, igualmente tendrá que pagar los copagos y/o deducibles que se apliquen.

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

Si desea más información sobre los ABN visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112_S.pdf y consulte la publicación, "Sus Derechos y Protecciones Medicare". También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

El Derecho de Apelación en los Planes Medicare de Recetas Médicas

Si usted tiene la cobertura de recetas médicas de Medicare (Parte D), tiene derecho a tomar las medidas siguientes (aun si no ha comprado un medicamento específico):

- Obtener una explicación por escrito (llamada "determinación de cobertura") de su plan de medicamentos recetados. Esta es la primera decisión tomada por su plan (no por la farmacia) sobre su cobertura, que incluye si un determinado medicamento está cubierto, si ha cumplido con los requisitos para recibir el medicamento recetado, cuánto debe pagar por dicho medicamento y si hará una excepción a la regla cuando usted la pida.
- Pídale al plan una "excepción" si usted y su médico (o cualquier proveedor de la salud autorizado legalmente para recetar medicamentos) cree que necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos (formulario) cubiertos por el plan.
- Solicite una "excepción" si usted y su médico creen que una norma de cobertura (como por ejemplo la de la autorización previa) no debería aplicarse.
- Solicite una "excepción" si cree que debería pagar menos por un medicamento no preferido porque tanto usted como su médico creen que no puede tomar ningún medicamento preferido para tratar el mismo problema.

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

El pedido de determinación de cobertura o de excepción estándar debe hacerse por escrito, a menos que el plan lo acepte por teléfono. Usted o su médico pueden llamar o escribirle al plan para solicitar una apelación acelerada. Su pedido se procesará en forma acelerada si el médico o el plan determinan que su vida o su salud corren peligro si tiene que esperar. **Si está solicitando una excepción, su médico debe enviar una justificación explicando los motivos médicos por los que medicamentos similares cubiertos por el plan, no darán el mismo resultado o podrían ser dañinos para su salud.**

El Derecho de Apelación en los Planes Medicare de Recetas Médicas (continuación)

Una vez que el plan reciba su pedido de determinación de cobertura o la declaración de su médico tiene 72 horas (para un pedido estándar) o 24 horas (para un pedido acelerado) para tomar una decisión. Si el plan no toma una decisión acelerada y usted puede demostrar que el retraso podría afectar su salud, esta falta de acción del plan entonces se considera como una determinación de cobertura.

Si no está de acuerdo con la decisión del plan, tiene derecho a apelar. Hay 5 niveles de apelación disponibles. El primer nivel es apelar a su plan.

Si desea apelar una decisión de su plan sobre determinación de cobertura:

- Usted, su representante o su proveedor puede apelar la decisión del plan.
- Tiene 60 días a partir de la fecha en que el plan le notificó su decisión inicial.
- La solicitud estándar debe hacerse por escrito, a menos que el plan de medicamentos recetados de Medicare la acepte por teléfono.
- Usted, su representante o su médico puede llamar o escribirle al plan para solicitar una apelación acelerada.
- El plan tiene 7 días (para un pedido estándar) o 72 horas (para un pedido acelerado) a partir del momento en que recibe la solicitud para tomar una decisión. Usted podría tener derechos de apelación adicionales si no está de acuerdo con la decisión del plan.
- Usted puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para solicitar la apelación. Encontrará el número de teléfono en las páginas 110–113.

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

Una vez que haya apelado al plan, recibirá una notificación donde le explican cuál es el próximo nivel de apelación si está en desacuerdo con la decisión del plan y quiere una revisión independiente.

Para más información sobre sus derechos y los distintos niveles de apelación, visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112_S.pdf para ver la publicación, "Sus Derechos y Protecciones de Medicare". También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Cómo usa Medicare su Información Personal

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

Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Medicare Original

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE USARÁ O DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA, LÉALO ATENTAMENTE.

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

Medicare usará su historial médico para brindarle información a:

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

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

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

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

- A las agencias estatales o federales que tengan derecho legal a recibir información de Medicare (por ejemplo para asegurarse que Medicare esté haciendo los pagos apropiados y para los programas federales/estatales Medicaid)
- Para actividades relacionadas con la salud pública (el brote de una enfermedad)
- Para el control de actividades del gobierno relacionadas con el cuidado de la salud (por ejemplo investigaciones sobre fraude y abuso)
- Para procesos judiciales y administrativos (respuesta a una orden judicial)
- Para garantizar el cumplimiento de la ley (por ejemplo brindar información limitada para localizar una persona desaparecida)
- Para trabajos de investigación, incluidas las encuestas que cumplan con los requisitos legales de privacidad (investigación relacionada con la prevención de enfermedades o incapacidades)
- Para evitar una amenaza seria e inminente para la seguridad o la salud
- Para comunicarse con usted si hubiera cambios en sus beneficios de Medicare
- Para crear un banco de información a través de la cual usted no será identificado

Cómo usa Medicare su Información Personal (continuación)

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

Por ley, usted tiene derecho a:

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

Visite www.medicare.gov para más información sobre:

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

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

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

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

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

Protéjase del Robo de Identidad y del Fraude

El robo de identidad es un delito grave. Significa que alguien usa su información personal sin su consentimiento para cometer un fraude u otro delito. Su información personal es por ejemplo, su nombre, número de Seguro Social, número de Medicare o el número de su tarjeta de crédito. No sea una víctima del robo de identidad. ¡Protéjase!

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Mantenga esta información en un lugar seguro. Usted tiene el control sobre cuándo y a quién autoriza a usar su información personal. Por lo general, ninguna persona puede llamar o ir a su casa sin ser invitado, para que se inscriba en un plan de Medicare. No comparta su información personal con nadie que haga esto. **Sólo divulgue su información personal como su número de Medicare a médicos, proveedores, a los planes aprobados por Medicare, a cualquier seguro que pague los beneficios en su nombre, y a las personas de la comunidad que trabajan con Medicare, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) o al Seguro Social.** Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si no está seguro de que su proveedor esté aprobado por Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Los planes de Medicare no pueden pedirle por teléfono información sobre su tarjeta de crédito o sobre su banco, a menos que usted sea miembro del plan. En la mayoría de los casos, los planes no pueden llamar para inscribirlo en el plan, usted debe llamarlos a ellos. **Llame al 1-800-MEDICARE para reportar a cualquier plan que le solicite su información personal por teléfono o llame para que se inscriba en el plan.** También pueden llamar al Contratista para la Integridad de Medicamentos de Medicare al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379).

Protéjase del Robo de Identidad y del Fraude (continuación)

Si sospecha que alguien está usando su información personal sin su autorización, llame a la policía local y a la línea abierta de robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338 para hacer una denuncia. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-866-653-4261. Para más información sobre el robo de identidad visite www.consumer.gov/idtheft.

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

El SMP (anteriormente conocido como Senior Medicare Patrol) educa a los beneficiarios de Medicare para que participen activamente en la detección y prevención del fraude y abuso en el sistema de salud. Hay un Programa SMP en cada estado, el Distrito de Columbia, Guam, las Islas Vírgenes estadounidenses y Puerto Rico. Si desea más información o para localizar la sede de su Programa SMP local visite www.smpresource.org o llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), el número de teléfono aparece listado en las páginas 110–113.

Protéjase y Proteja a Medicare del Fraude en la Facturación

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

La mayoría de médicos, proveedores de servicios de salud, farmacéuticos y planes que trabajan con Medicare son honestos. Desafortunadamente algunos no lo son. Medicare está trabajando con otras agencias gubernamentales para protegerlo y proteger al programa Medicare. El fraude contra Medicare ocurre cuando se le cobra a Medicare por servicios o suministros que usted nunca recibió. Todos los años, este fraude ocasiona pérdidas a Medicare. Usted paga por ello, con primas más altas.

Recuerde estos consejos que le ayudarán a prevenir el fraude:

- ¡Haga preguntas! Usted tiene el derecho de saber todo lo relacionado con su salud incluidos los gastos que se le facturan a Medicare.
- Edúquese sobre Medicare. Conozca sus derechos y los servicios por los que el proveedor puede y no puede facturarle a Medicare.
- Sospeche de los proveedores que le dicen que un servicio o suministro generalmente no está cubierto pero que "ellos saben cómo cobrárselo a Medicare" para que lo pague.

Si sospecha que el plan de Medicare o el proveedor le ha dado información confusa o engañosa, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Cuando reciba servicios médicos o suministros, guarde los recibos que le entrega su proveedor. Úselos para fijarse si hay errores cuando reciba el Resumen de Medicare si está inscrito en el Medicare Original o en algún documento similar donde se listan los servicios, suministros o medicamentos que obtuvo.

Si sospecha de algún fraude en la facturación:

1. Llame a su proveedor de cuidado de salud para asegurarse si la factura es correcta.
2. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE.
3. Llame a la línea gratuita del Inspector General 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-377-4950. También puede enviar un correo electrónico a HHSTips@oig.hhs.gov.
4. Si es miembro de un Plan Medicare Advantage o un Plan Medicare de Recetas Médicas, llame al Contratista para la Integridad de Medicamentos de Medicare al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379).

Usted Podría Ganar Dinero si Lucha Contra el Fraude

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

- Denuncia una sospecha de fraude a Medicare.
- La Oficina del Inspector General revisa su sospecha.
- Si su sospecha de fraude ya no estaba siendo investigada.
- Su denuncia permite recobrar por lo menos $100 del dinero de Medicare.

Para más información, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Aviso: Para su protección, ya no se imprime su número de Medicare en el Resumen de Medicare. Los 5 primeros dígitos de su número de Medicare aparecen como "X".

Cómo lo Protege Medicare

Medicare trabaja con otras agencias gubernamentales para proteger a Medicare del fraude y para protegerlo a usted del robo de identidad. Con la ayuda de los proveedores de salud honestos, suplidores, agentes que velan por el cumplimiento de la ley y ciudadanos como usted, Medicare está mejorando su capacidad para prevenir el fraude y el robo de identidad. Algunos proveedores deshonestos han sido expulsados del programa Medicare y otros están en la cárcel. A través de estos actos se ahorra dinero a los contribuyentes y se protege a Medicare para el futuro. Abajo y en la próxima página mencionamos otras maneras en las que Medicare lo protege.

Usted está Protegido Contra la Discriminación

Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare debe obedecer la ley. A usted no se le puede dar un trato diferente por su raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, religión, o sexo. Si cree que ha sido tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al número sin cargo 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Si desea más información, visite www.hhs.gov/ocr.

El Intermediario de Medicare

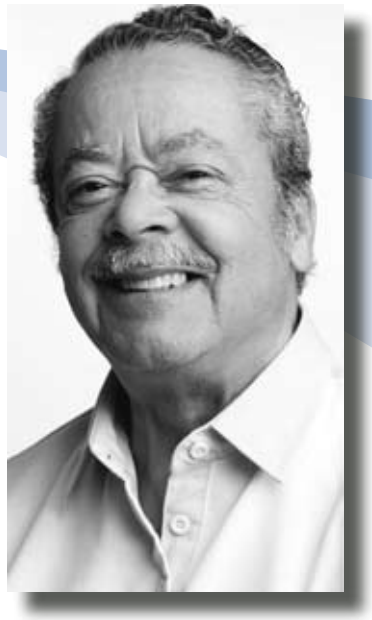
Un "intermediario" es una persona que evalúa los problemas y ayuda a resolverlos. El Intermediario de Medicare comparte información con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, con el Congreso y con otras organizaciones sobre lo que funciona bien en Medicare y lo que no funciona adecuadamente. El Intermediario ayuda a mejorar la calidad de los servicios y de la atención que usted recibe de Medicare, al informar sobre problemas y recomendar soluciones.

El Intermediario de Medicare se asegura de que tenga a su alcance la información disponible sobre:

- La cobertura de Medicare
- Los datos para tomar decisiones de salud acertadas
- Sus derechos y protecciones de Medicare
- Cómo resolver los problemas

El Intermediario analiza las preguntas y preocupaciones que usted tenga cuando llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y a través del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Para más información sobre el Intermediario de Medicare, visite www.medicare.gov y seleccione "Intermediario".

SECCIÓN 5



Planifique Con Anticipación

Esta sección le brinda información útil para que pueda tomar decisiones sobre su salud con anticipación. Su familia, amigos y otras personas de la comunidad pueden ser una parte importante a la hora de planificar sobre su salud en el futuro. Ya sea que lo ayuden a comparar planes o a guardar una copia de las instrucciones por anticipado, pídale a una persona de confianza que lo ayude.

La Sección 5 incluye información sobre:

Cómo Planificar el Cuidado a Largo Plazo 100–102

Instrucciones por Anticipado
(un tipo de testamento en vida) 103–104

Planificación del Cuidado a Largo Plazo

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

El cuidado a largo plazo incluye una gama de servicios tanto médicos como no médicos para las personas que padecen de enfermedades crónicas o incapacidades. La ayuda que no es cuidado médico consiste en ayuda de personal no especializado para hacer las tareas diarias como bañarse, vestirse y usar el baño. **Medicare y la mayoría de los planes de salud, incluidas las pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) no pagan por este tipo de cuidado, llamado "cuidado de compañía".** Medicare sólo paga por el cuidado necesario por razones médicas en un centro de enfermería especializada o por el cuidado de la salud en el hogar, si cumple ciertos requisitos. El cuidado a largo plazo puede brindarse en el hogar, en la comunidad, en un centro de vida asistida o en un asilo para ancianos.

¿Cómo se Paga el Cuidado a Largo Plazo?

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

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

Su empleador antiguo o actual o sindicato podrían ofrecerle un seguro de cuidado a largo plazo. Los empleados federales activos y jubilados, los miembros activos o retirados de las Fuerzas Armadas y sus dependientes pueden solicitar la cobertura del Programa Federal de Seguro de Cuidado a Largo Plazo. Si tiene preguntas visite www.opm.gov/insure/ltc o llame a la Oficina de Administración Personal al 1-888-767-6738. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-878-5707.

Recursos Personales—Usted puede usar sus ahorros para pagar por el cuidado a largo plazo. Algunas compañías de seguro le permiten usar su seguro de vida para pagar por este cuidado. Pregúntele a su agente de seguro cómo funciona.

¿Cómo se Paga el Cuidado a Largo Plazo? (continuación)

Medicaid—Es un programa conjunto federal y estatal que paga ciertos servicios médicos para las personas de bajos recursos e ingresos limitados. Si es elegible tal vez pueda obtener ayuda para pagar por el cuidado en un asilo para ancianos u otros costos de salud. Para obtener más información sobre Medicaid consulte la página 82.

Programas para el Hogar y la Comunidad—Si es elegible para Medicaid (en algunos estados podría ser elegible para la cobertura de Medicaid en un asilo para ancianos) podría obtener la ayuda disponible para pagar por los servicios que le permitan permanecer en su hogar en vez de vivir en un asilo para ancianos. Por ejemplo, ayuda para las tareas del hogar, el cuidado personal y el cuidado de relevo. Si desea más información visite www.eldercare.gov. También puede llamar al Localizador Eldercare al 1-800-677-1116 (durante la semana de 9:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este) para obtener el número de teléfono de su Agencia sobre Envejecimiento local.

PACE (Cuidado Total de Salud para Ancianos)—PACE es un programa de Medicare y Medicaid que ofrece servicios en la comunidad para personas que de otro modo necesitarían el nivel de cuidado brindado en un asilo para ancianos. PACE fue creado para brindarle a usted, su familia, las personas que lo cuidan y sus proveedores de servicios médicos la flexibilidad de atender sus necesidades médicas mientras continúa viviendo en su comunidad.

PACE brinda toda la atención y servicios cubiertos por Medicare y Medicaid, tal y como haya sido autorizado por el equipo de profesionales de la salud y los servicios necesarios por razones médicas que no estén cubiertos por Medicare y Medicaid. PACE brinda cobertura de recetas médicas, atención médica, transporte, atención en el hogar, controles, visitas al hospital y estadías en asilos para ancianos cuando sea necesario.

Para más información sobre PACE, visite www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11341_S.pdf y consulte “Resumen sobre los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos”.

¿Cómo se Paga el Cuidado a Largo Plazo? (continuación)

Recursos para el Cuidado a Largo Plazo

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

- Visite www.medicare.gov y seleccione "Planifique para sus Necesidades de Cuidado a Largo Plazo".
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.longtermcare.gov para averiguar sobre el cuidado a largo plazo.
- Llame al Departamento Estatal de Seguro para obtener información sobre el seguro de cuidado a largo plazo. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE para conseguir el número de teléfono.
- Llame a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros al 1-866-470-6242 para obtener una copia de "Una Guía para los Compradores de Seguros de Cuidado a Largo Plazo".
- Visite el Localizador Eldercare en www.eldercare.gov para buscar el Centro de Recursos para Incapacitados y Ancianos local. También puede llamar al 1-800-677-1116.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Instrucciones por Anticipado

Las instrucciones por anticipado son documentos legales que le permiten expresar por escrito su voluntad sobre su atención médica por si llegara el momento en que esté tan enfermo que no pueda hacerlo. Las instrucciones por anticipado por lo general incluyen:

- Un poder legal
- Testamento en vida
- Deseos para después de su muerte

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

Un poder legal es el que usted le otorga a una persona de su confianza para que legalmente tome las decisiones sobre su salud si llegado el momento usted no pudiera hacerlo. Este es un paso importante porque si repentinamente no puede tomar este tipo de decisión, la persona en la que confía y a quien le ha dado un poder legal lo hará por usted.

Un testamento en vida es un documento que estipula cuál es el tratamiento médico que aceptaría o rechazaría si su vida corriera peligro. Diálisis para la insuficiencia renal, un respirador artificial si ya no puede respirar por usted mismo, CPR (resucitación cardiopulmonar) si su corazón y respiración se detienen, un tubo para alimentarlo si ya no puede comer por usted mismo, son algunos ejemplos de las decisiones que puede aceptar o rechazar.

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

Instrucciones por Anticipado (continuación)

Si ya tiene instrucciones por anticipado, revíselas para asegurarse de que está satisfecho con ellas y de que su representante legal aún desea llevar a cabo sus instrucciones. Averigüe cómo cancelarlas o actualizarlas en su estado si es que ya no reflejan sus deseos. **Asegúrese de entregar una copia de sus instrucciones por anticipado actualizadas a sus médicos, representante legal y familiares.**

Cada estado tiene sus propias leyes para crear las instrucciones por anticipado. Si desea más información, comuníquese con su proveedor de salud, un abogado, su Agencia Local de Envejecimiento, o su departamento estatal de salud.

Consejos

1. Guarde el documento original de sus instrucciones anticipadas donde sea fácil encontrarlas.
2. Entréguele una copia a la persona que nombró como representante y a sus familiares más cercanos.
3. Entréguele una copia a su médico para que la guarde en su archivo médico. También entregue una copia al hospital o al asilo para ancianos si viviera allí.
4. Lleve en su billetera una tarjeta que contenga sus instrucciones por anticipado.

SECCIÓN 6

Si Desea Más Información

(Teléfonos, Sitios Web, Publicaciones)

Medicare tiene fuentes de información gratis para ayudarle con sus preguntas sobre Medicare y otros temas relacionados.

La Sección 6 incluye información sobre:

1-800-MEDICARE 106

www.MiMedicare.gov (su información personal de Medicare) 107

www.medicare.gov (para información general) 107

La calidad de los planes y proveedores 108

Publicaciones de Medicare 109

Si tiene preguntas o quejas sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, llame a su Organización para el Mejoramiento de la Salud (QIO) local. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de las QIO. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov.

Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

- Hable claramente y tenga a mano su tarjeta de Medicare. Le pedirán su número de Medicare para disminuir el tiempo que le toma comunicarse con un agente. Usted puede decir su número de Medicare o ingresarlo usando su teléfono.
- **Diga "AGENTE"** (*Agent*) **en cualquier momento para hablar con un representante de servicio al cliente. O use el cuadro a continuación. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés o español, dígaselo al operador.**

Si llama por…	Diga …
La cobertura de Medicare de recetas médicas	"Cobertura de medicamentos recetados"
Cuentas médicas o asuntos relacionados con facturas o apelación de una reclamación específica	"Reclamación" "Facturación"
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	"Servicios Preventivos"
Ayuda para pagar por la cobertura de sus medicamentos	"Ingreso limitado"
Formularios y publicaciones	"Publicaciones"
Números de teléfono de su oficina de Ayuda Médica Estatal (Medicaid)	"Medicaid"
Atención médica ambulatoria	"Servicio médico"
Visita al hospital o atención en la sala de emergencia	"Estadía en el hospital"
Oxígeno, silla de ruedas, andadores o suministros para diabéticos	"Suministros médicos"
Información sobre el deducible de la Parte B	"Deducible"
Servicios del asilo para ancianos	"Asilo para ancianos"

Las personas que reciben beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario deberán llamar al 1-800-833-4455 para que les respondan las preguntas sobre los servicios y facturas de la Parte B.

Aviso: Si desea que Medicare provea información personal sobre su salud a otra persona, debe autorizarlo por escrito. Puede llenar una "Autorización para divulgar información médica personal"; puede hacerlo en www.medicare.gov u obtener el formulario llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE.

Obtenga la Información que Necesita en Línea

¿Necesita Información Personalizada?

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

- Complete el Cuestionario de Inscripción Inicial para que sus facturas se paguen correctamente.
- Haga un seguimiento de sus reclamaciones por servicios médicos.
- Fíjese en el estatus del pago del deducible de la Parte B.
- Vea la información sobre elegibilidad.
- Averigüe cuáles son los servicios preventivos que puede recibir.
- Busque un plan médico o de recetas médicas de Medicare.
- Mantenga su información Medicare en un solo lugar.
- Inscríbase para recibir el manual "Medicare y Usted" electrónicamente (E-manual).

¿Necesita Información General sobre Medicare?

Visite www.medicare.gov:

- Obtenga información detallada sobre los planes de salud y de medicamentos en su zona, los costos y los servicios que ofrecen.
- Busque médicos y proveedores que participen en Medicare.
- Averigüe lo que cubre Medicare y sobre los servicios preventivos.
- Obtenga los formularios de Medicare e información sobre las apelaciones.
- Obtenga información sobre la calidad de los servicios de los planes, los asilos para ancianos, hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis.
- Obtenga números de teléfono y páginas de Internet importantes en su zona.
- Consulte las publicaciones de Medicare.

Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para personas de la tercera edad podrán ayudarle a obtener esta información. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El teléfono aparece en las páginas 110–113.

Compare la Calidad de los Planes y Proveedores

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

Ahora puede comparar la calidad de los servicios brindados por los planes de salud y de medicamentos y por los proveedores a nivel nacional, visitando www.medicare.gov o llamando al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 110–113.

Cuando usted, un familiar, amigo o asesor de SHIP visita el sitio Web de Medicare, debe escoger uno de los siguientes:

- "Compare los Planes de Salud y las Pólizas Medigap"
- "Compare los Planes Medicare de Medicamentos Recetados"
- "Compare los Centros de Diálisis"
- "Compare las Agencias para el Cuidado de la Salud en el Hogar"
- "Compare Hospitales"
- "Compare los Asilos para Ancianos"

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

- Pregúntele a su plan o a su proveedor qué hace para garantizar y mejorar la calidad de los servicios. Todo plan o suplidor debe tener una persona disponible para hablar con usted sobre la calidad de los servicios.

- Pregúntele a su médico qué opina sobre la calidad de los servicios brindados por su plan u otro proveedor de la salud. Hable con su médico sobre la información de Medicare acerca de la calidad de los servicios ofrecidos por los planes y suplidores.

Publicaciones de Medicare

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 115–118.

Para leer, imprimir o descargar folletos, panfletos u hojas informativas sobre los temas mencionados a continuación o para averiguar qué hay disponible, visite www.medicare.gov y seleccione "Buscar una Publicación de Medicare". También puede hacer una búsqueda por palabra clave (por ejemplo "derechos" o "salud mental") en www.medicare.gov, o en "Ver Todas las Publicaciones de Medicare".

Si la publicación que le interesa tiene un casillero después de "Ordene la publicación", significa que puede solicitar una copia impresa. O, puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y decir "Publicaciones" para averiguar si le pueden mandar una copia impresa de la publicación que le interesa. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga publicaciones gratis de Medicare sobre temas tales como:

- Cobertura del servicio de ambulancia
- Selección de un asilo para ancianos
- Compare los planes y los proveedores de servicios de la salud
- Cobertura médica fuera de los Estados Unidos
- Luche contra el fraude
- Cuidado de la salud en el hogar
- Cuidado de hospicio
- Calidad de los servicios del hospital
- Servicios de diálisis renal y trasplantes
- Planes Medicare Advantage
- Cobertura de recetas médicas incluida la "Ayuda Adicional"
- Cuidado de salud mental
- Servicios Preventivos
- Derechos y protecciones
- Cuidado en un centro de enfermería especializada

ask Medicare

¿Ayuda usted a un beneficiario de Medicare?

Medicare tiene dos recursos nuevos para ayudarle a conseguir la información que necesita.

- Visite "Pregunte a Medicare" en www.medicare.gov/caregivers para que pueda ayudar a la persona que ama y cuida a escoger un plan médico, a comparar asilos para ancianos, ayudarlos con sus facturas y más.
- Inscríbase en el sitio Web mencionado arriba para recibir el boletín bimestral electrónico gratuito "Pregunte a Medicare". El E-boletín contiene información actualizada incluidas las fechas importantes, los cambios en el programa Medicare y los recursos disponibles en su comunidad.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP):

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

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite www.medicare.gov/contacts/home.asp. Gracias.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite www.medicare.gov/contacts/home.asp. Gracias.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite www.medicare.gov/contacts/home.asp. Gracias.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite www.medicare.gov/contacts/home.asp. Gracias.

Notas

Definiciones

Área de Servicio—El área geográfica donde su plan acepta miembros si es que limita la inscripción a los miembros que viven en dicha zona. Para los planes que requieren que usted use sus médicos y hospitales, es también el área donde se brindan los servicios médicos (que no sean de emergencia). Si se muda fuera del área de servicio, el plan debe cancelar su cobertura.

Ayuda Adicional—Un programa Medicare para ayudar a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar por los costos de la cobertura de recetas médicas, tales como las primas, deducibles y el coseguro.

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

Centro de Rehabilitación para Paciente Interno—Un hospital, o parte de un hospital que provea un programa intensivo de rehabilitación para los pacientes internados.

Cobertura Válida de Medicamentos Recetados—Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, pueden conservarla sin tener que pagar una multa si más tarde deciden inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

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

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

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

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)—Es el cuidado de especializado y rehabilitación brindado de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Por ejemplo la aplicación de inyecciones intravenosas y terapia física que sólo puede administrarse por una enfermera registrada o médico.

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

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

Hospital de Acceso Crítico—Un centro médico pequeño que provee servicios ambulatorios y de internación limitados a personas en zonas rurales.

Hospital de Cuidado a Largo Plazo—Hospitales de atención aguada que brindan tratamiento a los pacientes que permanecen, internados en promedio más de 25 días. La mayoría de los pacientes son transferidos de las unidades de cuidado intensivo o crítico. Los servicios brindados incluyen rehabilitación general, terapia respiratoria, tratamiento para traumatismo cráneo encefálico y control del dolor.

Institución/Centro—Un centro que ofrece cuidado de la salud a corto y largo plazo, por ejemplo un asilo de ancianos, centro de enfermería especializada, o un hospital de rehabilitación. No incluye para adultos y de vida asistida, o los hogares residenciales.

Médico de Cuidado Primario—Es el médico a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El médico de cuidado primario es el que se encarga de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano. También es el que lo refiere a otro proveedor de la salud y habla con otros médicos sobre su cuidado. En muchos Planes Medicare Advantage, antes de ver a cualquier otro médico, debe consultar primero a su médico de cuidado primario.

Necesario por Razones Médicas—Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud y cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO por su sigla en inglés)—Un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare.

Período de Beneficio—La forma en que el Medicare Original mide su uso de los servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted es admitido al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si es ingresado al hospital o al SNF después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficio. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Plan de Salud de Medicare—Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerles a los beneficiarios inscritos, todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Este término se usa en toda esta publicación e incluye a todos los Planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costo, los programas piloto, y los programas PACE.

Plan Medicare—Se refiere a cualquier otra forma, sin incluir el Medicare Original, en la que puede obtener cobertura para el cuidado de su salud o de recetas médicas. Este término incluye todos los Planes de Salud de Medicare Advantage y los Planes Medicare de Medicamentos Recetados.

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

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

TTY—Teléfono de texto, es un dispositivo de comunicación para sordos, personas con impedimentos auditivos o aquellos con impedimentos graves del habla. Las personas que no tienen un TTY pueden comunicarse con un usuario TTY a través de un centro de mensajes (MRC). Este centro tiene operadores TTY disponibles para enviar e interpretar mensajes TTY.

Los Costos de Medicare

Las Primas Mensuales de Medicare

Prima Mensual de la Parte A (Seguro de Hospital)

La mayoría de las personas no pagan la prima de la Parte A porque pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban.

En el 2010, usted paga hasta $461 por mes si no tiene la Parte A sin el pago de la prima. Si tiene que pagar la multa por inscripción tardia, esta cantidad será más alta.

Prima Mensual de la Parte B (Seguro Médico) (Vea la página 21.)

Si su ingreso anual en el 2008 fue		Usted paga
Declaración de Impuestos Individual	Declaración de Impuestos Conjunta	
$85,000 o menos	$170,000 o menos	$110.50*
$85,001–$107,000	$170,001–$214,000	$154.70
$107,001–$160,000	$214,001–$320,000	$221.00
$160,001–$214,000	$320,001–$428,000	$287.30
Más de $214,000	Más de $428,000	$353.60

* La mayoría de la personas continuarán pagando en el 2010 la prima de la Parte B del 2009 de $96.40. Si tiene preguntas sobre la prima de la Parte B, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Aviso: Si no recibe beneficios del Seguro Social, RRB o del Servicio Social, y se inscribe en la Parte B, le enviarán una factura por la cantidad de la prima. Si decide comprar la Parte A, siempre recibirá una factura por la prima. Usted puede enviar el pago de la prima por correo a Medicare Premium Collection Center, P.O. Box 790355, St. Louis, MO 63179-0355. Si recibe una factura de RRB, envíe el pago de la prima a RRB, Medicare Premium Payments, P. O. Box 9024, St. Louis, MO 63197-9024.

Primas Mensuales de las Partes C y D (Planes de Salud y Recetas Médicas de Medicare)

Llame a los planes que le interesen para saber la prima actual del plan. También debe pagar la prima de la Parte B (y de la Parte A si no la consigue libre de prima).

Lo que paga si está inscrito en el Medicare Original

Los Costos de la Parte A por los Servicios y Suministros Cubiertos

Sangre	En la mayoría de los casos el hospital la obtiene de un banco de sangre sin costo de modo que no tendrá que pagarla o reponerla. Si el hospital tiene que comprar la sangre, usted debe pagarle por las 3 primeras pintas de sangre que reciba por año o donarla.
Cuidado de la Salud en el Hogar	**Usted paga:** ▪ $0 por los servicios de atención en el hogar ▪ 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero
Cuidado de Hospicio	**Usted paga:** ▪ $0 por el cuidado de hospicio ▪ Un copago de hasta $5 por receta para aliviar el dolor y controlar los síntomas de los pacientes ambulatorios ▪ 5% de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de relevo (un período de tiempo corto para que la persona que lo cuida a diario pueda descansar) si está internado Medicare no paga por el alojamiento y comidas si recibe cuidado de hospicio en su hogar o en otro centro (como un asilo para ancianos).
Estadía en el Hospital	**Usted paga en el 2010:** ▪ $1,100 deducible y no paga coseguro por una estadía de 1–60 días por cada período de beneficio ▪ $275 diarios por una estadía de 61–90 días por cada período de beneficio ▪ $550 por "día de reserva vitalicio" después de una estadía de 90 días por cada período de beneficio (hasta 60 días en toda su vida) ▪ Todos los costos diarios después de haber usado los días de reserva vitalicios ▪ La atención psiquiátrica en un hospital de psiquiatría se limita a 190 días durante su vida Vea "Servicios médicos y otros" en la página 121 para averiguar cuánto paga por los servicios del médico mientras está internado en el hospital.
Estadía en un Centro de Enfermería Especializada	**Usted paga en el 2010:** ▪ $0 por los 20 primeros días de cada período de beneficio ▪ $137.50 diarios por una estadía de 21–100 días por cada período de beneficio ▪ Todos los costos después de los 100 días de cada período de beneficio

Nota: Los costos de los Planes Medicare Advantage varían con cada plan y pueden ser más altos o más bajos de los mencionados arriba. Pregúntele a su plan.

Lo que paga si está inscrito en el Medicare Original (continuación)

Los Costos de la Parte B por los Servicios y Suministros Cubiertos

Deducible de la Parte B	**Usted paga en el 2010** los primeros $155 al año por los servicios o suministros cubiertos.
Sangre	En la mayoría de los casos el proveedor la obtiene de un banco de sangre sin costo de modo que no tendrá que pagarla o reponerla. Sin embargo, tendrá que pagar un copago por los servicios para procesar y tratar cada pinta de sangre que reciba. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Si el proveedor tiene que comprar la sangre, usted debe pagarle por las 3 primeras pintas de sangre que reciba por año o donarla. Usted tiene que abonar un copago por cada unidad de sangre adicional que reciba como paciente ambulatorio (después de las 3 primeras pintas) y el deducible de la Parte B.
Servicios de Laboratorio	**Usted paga** $0 por los servicios aprobados por Medicare.
Servicios de Salud en el Hogar	**Usted paga** $0 por los servicios aprobados por Medicare, y el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero.
Servicios Médicos y Otros	**Usted paga** el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los servicios médicos (incluidas la mayoría de las visitas médicas mientras está internado en el hospital), la terapia ambulatoria*, la mayoría de los servicios preventivos y el equipo médico duradero.
Servicios de Salud Mental	**Usted paga** el 45% de la mayoría de los servicios psiquiátricos para paciente ambulatorio.
Otros Servicios Cubiertos	**Usted paga** un copago o coseguro.
Servicios Ambulatorios en el Hospital	**Usted paga** un coseguro o copago que varía según el servicio para cada paciente ambulatorio. El copago por cada servicio no puede ser más del deducible que paga por la internación en el hospital.

*En el 2010, podrían haber límites para la terapia física, ocupacional y del habla. Si ese fuera el caso, puede que estos límites tengan excepciones.

Nota: Todos los Planes Medicare Advantage deben cubrir estos servicios. Los costos varían con cada plan y pueden ser más altos o más bajos de los mencionados arriba. Pregúntele a su plan.

Los Costos de los Servicios y Suministros Cubiertos por la Parte C y la Parte D (Planes de Salud y Recetas Médicas de Medicare)

Usted puede obtener la información sobre costos de los planes de Medicare en su área, en www.medicare.gov. También puede llamar al plan o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 110–113. Los Planes Medicare Advantage (como los HMO y los PPO) deben cubrir todos los servicios y suministros de las Partes A y B. Para obtener las cantidades actuales, llame al plan.

Las cifras a continuación se usan para calcular la penalidad por inscripción tardía en la Parte D. La prima básica nacional puede cambiar cada año. Si desea más información sobre cómo se calcula la penalidad, consulte la página 67.

	2010
Prima Básica Nacional para la Parte D	$31.94
Cálculo de la Penalidad Basado en 1%	$.32

A Medicare le interesa su opinión. Si tiene comentarios sobre este manual, puede enviarlos por correo electrónico a medicareandyou@cms.hhs.gov o llamar al 1-800-MEDICARE. No podremos responder a sus comentarios pero los tendremos en cuenta para los manuales futuros.

Use la Computadora para el Control de su Información Médica

Usted puede ayudar a controlar su información médica y mejorar la forma en que se comunica con sus proveedores usando su computadora. Ahora puede, a través de su computadora obtener y compartir el acceso a la información sobre su salud como nunca antes. Esta nueva tecnología (conocida como Tecnología para el Control de su Información Médica o IT para la Salud) reduce el papeleo, los errores médicos y los costos del cuidado de la salud y a la vez mejorar la calidad de los servicios.

Archivo Electrónico de la Salud (EHR)—Un EHR es un archivo que contiene información importante sobre su salud y tratamiento (como los resultados de los análisis) que mantiene y usa **su médico**, el personal médico o un hospital.

- El EHR puede ayudar para que todos sus proveedores de la salud tengan la misma información sobre su salud, tratamientos, análisis y medicamentos.
- El EHR ayuda a disminuir los riesgos de errores médicos y pueden mejorar la calidad general de los servicios.

Archivo Médico Personal (PHR)—Un PHR es un archivo con información sobre su salud que usted mantiene para referencia.

- Esta herramienta electrónica fácil de usar le ayuda a controlar la información sobre su salud desde cualquier sitio donde haya una conexión a Internet.
- Si tiene un PHR, puede monitorear su información médica, por ejemplo la fecha del último examen físico, sus enfermedades, operaciones, alergias o una lista de los medicamentos que toma.
- Los PHR generalmente son ofrecidos por los proveedores de la salud, los planes médicos y las compañías privadas. Algunos son gratuitos mientras que otros le cobran una tarifa mensual o anual.

Visite www.medicare.gov/phr para conseguir más información.

Recetas Electrónicas (E-recetas)—Una manera nueva para que los médicos y otros proveedores de la salud autorizados legalmente para escribirle una receta, le envíen la receta a la farmacia usando una computadora con un sistema seguro.

- Las E-recetas les permiten a los proveedores enviar las recetas electrónicamente a las farmacias sin tener que escribirlas en el talonario/recetario médico.
- La E-receta ayuda a evitar interacciones adversas entre los medicamentos y le permite ver a su proveedor cuáles son los medicamentos que ofrece su plan incluidos los medicamentos genéricos.

Pregúntele a su médico si usa las E-recetas.

Hay reglas estrictas que protegen su privacidad y la seguridad de su información electrónica. Cuando usa un sitio Web asegurado, seguramente tendrá que crear una clave de identidad y una contraseña únicas y la información que usted ingresa está codificada para que nadie más pueda leerla. Se sigue trabajando para que esta tecnología sea aún más segura.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, $300

CMS Producto No. 10050-S
Septiembre 2009

PRESRT STD
POSTAGE & FEES
PAID CMS
PERMIT NO. G-28

Manual Nacional de Medicare

- Otras versiones disponibles en: Braille, audiocasete, letra grande (en inglés y español)
- ¿Sospecha de un fraude? Llame a la línea de fraude del Inspector General al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-377-4950.
- ¿Cambió de dirección? Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

CMS
CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES

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

10% recycled paper