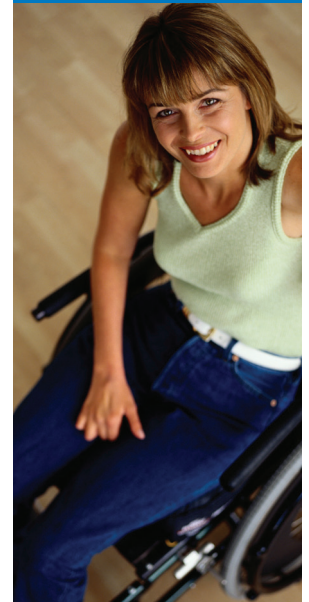
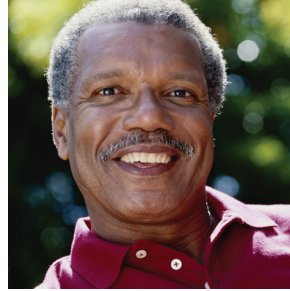


Y Medicare Usted 2018



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

- ★ Lo nuevo sobre su tarjeta Medicare
(interior de la portada)
- ★ Lo que cubre Medicare (página 29)





¡Recibirá una nueva tarjeta de Medicare!

Las tarjetas se enviarán por correo entre abril de 2018 y abril de 2019

Usted lo pidió y nosotros lo escuchamos. ¡Recibirá una nueva tarjeta de Medicare! Entre abril del 2018 y abril del 2019, eliminaremos los números de Seguro Social de las tarjetas de Medicare y le enviaremos por correo a cada persona una nueva tarjeta. Esto ayudará a mantener su información más segura y a proteger su identidad.


Usted obtendrá un nuevo número de Medicare exclusivo para usted y sólo para su cobertura de Medicare. La nueva tarjeta no cambiará su cobertura o beneficios. Recibirá más información de Medicare cuando reciba su nueva tarjeta por correo.

Cómo prepararse:

- Asegúrese de que su dirección postal esté actualizada. Si su dirección necesita ser corregida, comuníquese con el Seguro Social en ssa.gov/myaccount o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- Tenga cuidado con cualquier persona que se comunique con usted sobre su nueva tarjeta de Medicare. Nosotros nunca le pediremos información personal o privada para obtener su nuevo número y tarjeta de Medicare.
- Entienda que el envío de una nueva tarjeta a todos los beneficiarios tomará tiempo. Su tarjeta puede llegar en un momento diferente al de su amigo o vecino.

Aproveche al máximo su cobertura de Medicare

Use esta lista de verificación para comenzar.

- Aprenda sobre sus opciones de Medicare. ¿Sabía que hay diferentes maneras de obtener la cobertura de Medicare? Consulte la siguiente página para más información.
- Si no tiene Medicare, consulte la Sección 2, que comienza en la página 21, para averiguar cómo y cuándo puede inscribirse. Pueden haber penalidades por no inscribirse cuando fue elegible por primera vez.
- Revise su cobertura actual y compárela con otras opciones de cobertura para el próximo año para averiguar si hay una mejor opción para usted. Consulte la página 5 para más información.
- Si tiene otro seguro médico, averigüe cómo funciona con Medicare. Consulte las páginas 24–25.
- Obtenga ayuda gratuita con sus preguntas de Medicare. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número en las páginas 125–128. Consulte las páginas 17–18 para ver otros recursos disponibles.
- Pregúntele a su médico u otro profesional de la salud qué servicios preventivos (como exámenes, vacunas y pruebas) debe recibir. Consulte las páginas 35–59  para más información.
- Averigüe si puede obtener ayuda con sus costos de salud y medicamentos recetados. Consulte la Sección 8, que comienza en la página 97, para ver si es elegible.
- Su información personal y médica está disponible en [MiMedicare.gov](https://www.MiMedicare.gov). Consulte las páginas 119–120.
- Elija recibir manuales futuros de “Medicare Y Usted” electrónicamente y ayude al contribuyente a ahorrar. Consulte la página 124 para más información.

Resumen de sus opciones de cobertura de Medicare

Existen 2 opciones principales para obtener la cobertura de Medicare. Estas opciones serán detalladas en la próxima página y a lo largo de este manual.

Opción 1: Medicare Original

(Vea las páginas 61–64)

Incluye la Parte A y B.



Parte A

Seguro de Hospital



Parte B

Seguro Médico

Puede agregar:

(Vea las páginas 83–96)



Parte D

Cobertura de Medicare para
Medicamentos Recetados

También puede agregar:

(Vea las páginas 79–82)



Medigap

Seguro Suplementario a Medicare

(Las pólizas de Medigap ayudan con los costos de su propio bolsillo en el Medicare Original.)

Opción 2: Medicare Advantage (Parte C)

(Vea las páginas 65–78)

Estos planes son como los HMOs o PPOs,
y normalmente incluyen la Parte A, B y D.



Parte A

Seguro de Hospital



Parte B

Seguro Médico



Parte D

Cobertura de Medicare para
Medicamentos Recetados

(La mayoría de los planes cubren los medicamentos recetados. Si su plan no ofrece dicha cobertura, es posible que pueda inscribirse en un plan separado de la Parte D.)

Lo que debe tener en cuenta al elegir su cobertura de Medicare

Estos temas se explican en más detalle a lo largo de este manual.

Medicare Original	↔	Medicare Advantage
No hay un límite de cuánto paga de su bolsillo anualmente a menos que tenga cobertura suplementaria.	Costo	Los planes tienen un límite anual para los gastos directos de su bolsillo. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage , una vez alcance cierto límite, usted no paga por los servicios cubiertos por el resto del año.
Medicare cubre los servicios médicos y suministros en hospitales, consultorios médicos y otros entornos de atención médica. Los servicios están cubiertos por la Parte A o Parte B.	Cobertura*	Los planes deben cubrir todos los servicios cubiertos por el Medicare Original. Los planes pueden ofrecer beneficios que Original Medicare no cubre como servicios para la visión, audición o dental .
Puede agregar una póliza Medigap para pagar por los costos de su propio bolsillo en el Medicare Original, como su deducible y coseguro .	Cobertura suplementaria	Puede costarle menos inscribirse en un Plan Medicare Advantage porque su costo compartido es menor (o incluido) . No puede usar (y no puede vender) una póliza Medigap si está en un Plan Medicare Advantage.
Tendrá que inscribirse en un Plan de Medicare para Recetas Médicas para obtener cobertura de medicamentos.	Medicamentos recetados*	La mayoría de los Planes Medicare Advantage incluyen cobertura de medicamentos recetados .
Usted puede consultar con cualquier médico que acepte Medicare.	Su elección de médico y hospital	Es posible que necesite usar los proveedores de la salud que participan en la red del plan. Averigüe que tan cerca están los médicos o las farmacias de la red a su hogar. Algunos planes ofrecen servicios fuera de la cobertura de la red.
Visite Medicare.gov para obtener un resumen de la calidad del cuidado que los proveedores de la salud (y centros) dan a sus pacientes.	Calidad del cuidado	El Buscador de Planes de Medicare en Medicare.gov/find-a-plan cuenta con un sistema de clasificación de estrellas para los planes de Medicare .
El Medicare Original, por lo general, no ofrezca cobertura fuera de los Estados Unidos. Usted necesita comprar un seguro suplementario que ofrezca cobertura de viajes.	Viaje	Los planes usualmente no cubren el cuidado que usted recibe fuera de los Estados Unidos.

* Si tiene otro tipo de cobertura de salud o medicamentos, revise cómo funciona con el tipo de cobertura que está considerando comprar antes de tomar una decisión o hacer un cambio.

Información importante sobre la inscripción

Usted no tiene que inscribirse en Medicare cada año. Sin embargo, cada año usted tiene la oportunidad de revisar su **cobertura de salud y de medicamentos** y hacer cambios.

La cobertura y los costos cambian anualmente

Los **planes de salud de Medicare** y de medicamentos recetados pueden cambiar los precios, la cobertura, los proveedores y farmacias de su red cada año. Los planes también pueden cambiar la red de proveedores durante el año. Si está en un plan de salud o medicamentos recetados de Medicare, revise los materiales que le envía el plan (como el Aviso Anual de Cambio y Evidencia de Cobertura) y asegúrese de que su plan aún se adapte a sus necesidades para el año siguiente. Si está satisfecho, no tiene que hacer nada.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Período de Inscripción Abierta para los planes y medicamentos de Medicare

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

1 de octubre de 2017	Compare su cobertura con las otras opciones. Usted puede ahorrar dinero al comparar todas sus opciones. Vea la página 18 para más información.
15 de octubre al 7 de diciembre de 2017	Usted puede cambiar su cobertura de salud o de medicamentos para 2018, si así lo desea.
1 de enero de 2018	Comienza la nueva cobertura si hizo un cambio. Los nuevos costos y los cambios a la cobertura existente de su plan de salud o de medicamentos también entran en vigencia si su plan hizo cambios.

Contenido

- 9 Índice**
- 15 Sección 1—Aprenda cómo funciona Medicare**
 - 15 ¿Cuáles son las partes de Medicare?
 - 16 ¿Cuáles son mis opciones de cobertura de Medicare?
 - 17 ¿Dónde puedo obtener respuestas a mis preguntas?
- 19 Sección 2—La inscripción en las Partes A y B de Medicare**
 - 19 Algunas personas obtienen las Partes A y B automáticamente
 - 20 Algunas personas deben inscribirse en las Partes A y/o B
 - 21 Si no me inscriben automáticamente, ¿cuándo puedo inscribirme?
 - 22 ¿Debo comprar la Parte B?
 - 24 ¿Cómo trabaja mi otro seguro con Medicare?
 - 26 ¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte A?
 - 26 ¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?
- 29 Sección 3—Averigüe si Medicare paga por su examen, servicio o artículo**
 - 29 ¿Cuáles son los servicios que cubre Medicare?
 - 30 Los servicios cubiertos por la Parte A
 - 35 Los servicios cubiertos por la Parte B
 - 59 Lo que NO cubren las Partes A y B
 - 60 El pago del cuidado a largo plazo
- 61 Sección 4—¿Qué es el Medicare Original?**
 - 61 ¿Cómo funciona el Medicare Original?
- 65 Sección 5—Los planes Medicare Advantage (Parte C) y otros planes de salud de Medicare**
 - 65 ¿Qué son los Planes Medicare Advantage (Parte C)?
 - 71 Los tipos de planes Medicare Advantage
 - 77 ¿Hay otro tipo de planes de salud de Medicare?
- 79 Sección 6—¿Qué es una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)?**
 - 80 ¿Cómo puedo comparar las pólizas Medigap?

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

- 83 ¿Cómo funcionan los planes Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)?
- 84 ¿Cuándo puedo inscribirme, cambiar o cancelar un plan Medicare de medicamentos recetados?
- 86 Lo que usted paga
- 91 ¿Cuáles son los medicamentos que están cubiertos?

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

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

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

- 103 ¿Cuáles son mis derechos si tengo Medicare?
- 104 ¿Cuáles son mis derechos si mi plan deja de participar en Medicare?
- 104 ¿Qué es una apelación?
- 107 Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN en inglés)
- 108 Su derecho al acceso de su información personal
- 113 ¿Cómo puedo protegerme del robo de identidad?
- 114 ¿Cómo puedo protegerme y proteger a Medicare del fraude?

117 Sección 10—Si desea más información

- 117 ¿Dónde puedo obtener ayuda personalizada?
- 119 ¿Dónde puedo obtener información general sobre Medicare?
- 119 ¿Dónde puedo obtener información personalizada sobre Medicare?
- 120 ¿Cómo puedo comparar la calidad de los planes y proveedores?
- 122 ¿Qué hace Medicare para coordinar mejor mi atención médica?
- 124 ¿Hay otras maneras de obtener información sobre Medicare?
- 125 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

129 Sección 11—Definiciones

Índice

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

A

Acupuntura 59
 Andadores 43
 Aneurisma abdominal aórtico **35**
 Anteojos 45
 Aparatos ortopédicos (cuello/piernas/brazos) 53
 Apelación 67, **104–109**, 119
 Archivo Médico Electrónico (EHR) **122**
 Área de servicio 66, 68, 75, 78, 84, 85, **129**
 Asignación 34, **64**, 129
 Asilo para ancianos (geriátrico) 31, **60–62**, 74, 78, 101, 131
 Asistente médico **43**, 50
 Atención urgente 58
 Audífonos 46, 59, 79
 Autorización para divulgar información médica personal 118
 Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN) 107–108
 Aviso sobre la privacidad/confidencialidad 110–111
 Ayuda Adicional (para pagar por la cobertura de sus recetas médicas) 17, 83, 84, **97–101**, 129
 Ayuda con los costos 97–106
 Ayuda en otros idiomas 134–135
 Ayuda para dejar de fumar **55**

B

Beneficios para Veteranos (VA) 18, **95**
 Botón azul 114, 120

C

Calidad de la atención 17, 78, **119–120**
 Cataratas 45
 Centro de cirugía ambulatoria 36
 Centro de Enfermería Especializada (SNF) **29–33**, 48, 67, 80, 130
 Centros Médicos Autorizados Federalmente 45, 55
 Cirugía estética 59
 Clínica de salud rural **53**, 55
 Cobertura catastrófica 88
 Cobertura de las recetas médicas (Parte D)
 Apelaciones 106–107
 Cobertura de la Parte A 30–33
 Cobertura de la Parte B 52
 Generalidades 83–94
 Inscripción, cambio o cancelación 84–85
 Multa por inscripción tardía 89–91
 Planes Medicare Advantage 68
 Cobertura válida de medicamentos 83, 85–86, 89–91, 93–95, 129
 COBRA 22–23, **94**
 Colonoscopia **41**
 Consejería para el abuso del alcohol **35**
 Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) 91, **115**
 Contrato (privado) 64
 Control de la terapia de medicamentos 93
 Coordinación de beneficios 17, **24–25**

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

Costos (copagos, coseguro, deducibles y primas)

Ayuda Adicional para la Parte D 97–101

Ayuda con los gastos de las Partes A y B 99–100

Cambios anuales 6

Comparación del precio de los planes 16

Medicare Original 62–63

Multa por inscripción tardía (Parte D) 89–90

Parte A y Parte B **25–26**, 30–59

Planes Medicare Advantage 70–71

Planes Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D) 106–107

Cuidado a largo plazo 59, 60, **130**

Cuidado de custodia/compañía 29, 33, 60, **130**

Cuidado de hospicio **29–31**, 65, 80, 107

Cuidado de hospital (internación) **31–32**, 131

Cuidado de la salud en el hogar 30, 48, 108

Cuidado dental/dentaduras **59**

Cuidado de relevo 31

D

Definiciones 129–132

Densitometría ósea **37**

Departamento de Asuntos de Veteranos 18, 89, **95**

Departamento de Defensa 18

Depresión **42**, 50

Derechos 103–114

Desfibrilador (automático implantado) 42

Determinación de cobertura (Parte D) 106–107

Diabetes **42–43**, 46, 47, 74

Diálisis renal 20, **48**, 55, 67, 69–71, 74, 119

Días de reserva vitalicios de por vida 32, **130**

Discriminación 103, 113

Doblemente elegible 100

E

Electrocardiograma (EKG) **45**, 56

Enema de bario **41**

Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) **38**

Enfermedad Renal Terminal (ESRD) 15, **20**, 22–24, 47, 68–70, 74

Enfermera profesional/licenciada **43**, 50

Equipo (médico) 31, 33, 41, 43–44, 48, 51, 53, 55, 62

Equipo Médico Duradero (como andadores) 15, **43–44**, 48, 52

Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) 19

Estudios de investigación clínica **40**

Evaluación cardiovascular **38**

Evaluación de cáncer colorrectal **40**

Evaluación de Riesgo para la Salud 58

Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual **54**

Evaluación y consejería sobre la obesidad **50**

Examen de equilibrio 46

Examen de glaucoma **46**

Examen de la próstata (prueba de PSA) **53**

Examen de los pies 46

Examen de los senos 38

Examen del VIH **47**

Examen de sangre oculta en la materia fecal **40**

Examen pélvico 38

Excepción (Parte D) 91, 92, **106**

Exploración (examen) para cáncer de pulmón 49

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

F

Falta de cobertura **88–89**

Formulario 86, 91, 106, **130**

Formulario 1095-B 25

Formularios de impuestos 25

Fraude 91, 113–115

I

Incapacidad 15, **19–22**, 24, 100

Ingresos limitados **97–102**

Inscripción

Parte A 19–22

Parte B 19–25

Parte C 68–69

Parte D 84–86

Inscripción abierta **6**, 66, 76, 81, 104

Institución/centro 31, **60**, 74–75, 78, 85, 98, 101–102

Institución religiosa no médica para servicios de la salud 29, 33

Intermediario del beneficiario de Medicare 116

Internación en el hospital 31–32

Interrupción en la cobertura **88–89**, 98

J

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) **18**, 19–20, 23, 27, 63, 86, 87

L

Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) 22–23, **94**

Localizador Eldercare **60**

M

Mamografía 37

Manual electrónico 118, 119, 124

Medicaid 60, 74, 75, 85, 98–101

Medicamentos (para paciente ambulatorio) 52

Medicare

Parte A 15, 19–21, **29–33**

Parte B 15, 19–23, **34–59**

Parte C 15, **65–78**

Parte D 16, **83–94**

Medicare.gov 17, **119**

Medicare Original 29, 34, **61–64**

Médico de cabecera 35, 38, 54, 62, 71–74, **131**

Mercado de Seguros Médicos 22–23

Miembros artificiales 53

MiMedicare.gov 63, 114, **119**

Multa (por inscripción tardía)

Parte A 26

Parte B 26

Parte D 89–90

N

Niveles (clasificación del formulario) 86, **91**, 106

O

Oficina de Gerencia de Personal **18**, 27, 94

Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) 78, **100–102**

Opciones de pago (prima) 27–28, 86–87

Organizaciones Responsables de la Atención Médica (ACO) 122–123

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) 66, **71**, 132

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

Organización para Mejoras de la Calidad **17**, 107
Oxígeno 43

P

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos) **78**, 102, 131

Penalidad por inscripción tardía

Parte A 26

Parte B 27

Parte D 89–91

Período de beneficio 32, **131**

Período Especial de Inscripción

Parte C (Medicare Advantage) 75–77

Parte D (Planes de recetas médicas) 85–86

Partes A y B 21–22

Período General de Inscripción **22**, 27, 75, 84

Período Inicial de Inscripción **21**, 27, 75, 84

Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) **67**, 83

Plan de salud grupal (Empleador)

Cobertura de las recetas médicas **84**, 89, 94

Inscripción abierta para Medigap **81**

La inscripción en las Partes A y B 21–22

Los precios de la Parte A podrían ser distintos 30

Planes Medicare Advantage (Parte C) **69**

Planes de Medicare y Medicaid integrados 101

Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO en inglés) 66, 70, **72**

Planes Medicare Advantage (HMO o PPO)

Calificaciones del plan 66, 71–72, 76

Costos 70

Generalidades 65

Inscripción, cambio o cancelación 75–77

Tipos de plan 71–74

Planes Medicare de Medicamentos Recetados 106–107

Cambios anuales 6

Costos 86–90

Inscripción 84–85

Lo que está cubierto 91–92

Tipo de planes 83–84

Planes para Necesidades Especiales (SNP) 66, 69, **74**

Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) 66, **73**

Planificación de instrucciones anticipadas 35

Plan Medicare de Costo **77**, 83, 131

Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) **79–82**

Cobertura de Medicamentos 94

Inscripción Abierta 81

Medicare Original **62**

Planes Medicare Advantage 82

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) **118**

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) 101–102

Programas Medicare de Ahorros 99–100

Programas piloto **78**, 101, 131, **132**

Prótesis 53

Prueba de detección de hepatitis C 47

Prueba de Papanicolaou 38

Publicaciones 124

Q

Quimioterapia **39**, 67

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

R

Rayos X 32, 39, 51, **56**
 Recetas electrónicas **122**
 Reclamaciones 62
 Reemplazo de la tarjeta de Medicare 17
 Referido
 Definición 132
 Medicare Original 62
 Planes Medicare Advantage 66, 71–74
 Servicios cubiertos por la Parte B 35, 42, 45, 53, 56, 58
 Rehabilitación cardíaca 37
 Rehabilitación pulmonar 53
 Resumen de Medicare (MSN) **63–64**, 105, 114, 119
 Robo de identidad 113

S

Sala de emergencia **45**
 Salud mental 31, **50**
 Sangre 30, 36
 Segunda opinión sobre una cirugía 54
 Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 98, **102**
 Seguro Médico para Empleados Federales 18, **95**
 Seguro médico para jubilados **22–25**, 94
 Seguro Social
 Ayuda Adicional con los costos de la Parte D 99
 La inscripción en las Partes A y B 19–20
 Las primas de las Partes A y B 25–28
 Las primas Parte D 86–87
 Obtenga respuestas 17
 Seguridad de Ingreso Suplementario 102
 Servicio de Salud para Indígenas 89, **96**

Servicios ambulatorios del hospital 31–32, 51
 Servicios cubiertos (Partes A y B) 29–59
 Servicios de Administración de Cuidado de Transición 56
 Servicios de ambulancia **36**, 57
 Servicios de educación sobre la enfermedad renal 49
 Servicios de laboratorio **49**, 56
 Servicios de patología del lenguaje 48, **55**
 Servicios de trasplante 37, 49, **56–57**, 69–70
 Servicios preventivos **35–55**, 132
 Servicios que no brinda el médico 43
 Servicios quiroprácticos 39
 Sigmoidoscopia flexible **41**
 Silla de ruedas 43
 Sindicato
 Inscripción abierta para Medigap 81
 Inscripción en las Partes A y B 22
 La cobertura de las recetas médicas 84, 94
 Los costos de la Parte A pueden variar 30
 Planes Medicare Advantage 69
 Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) 17, 83, **97–101**, 129
 Suministros médicos (insumos) 31, **43–44**, 48–49, 53

T

Telemedicina (Telesalud) 55
 Terapia de nutrición **49**
 Terapia física 48, **51**
 Terapia ocupacional 48, **50**
 Trasplante renal/de riñón 15, 20, 49, **56–57**, 69–70
 TRICARE 18, 23, 89, **96**

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

V

Vacuna 46, 47, 52, **54**, 58, 132

Vacuna contra la gripe/influenza **46**

Vacuna contra la Hepatitis B **47**

Vacuna neumocócica **52**

Vacunas/inmunizaciones 46, 47, 52, 132

Vendajes quirúrgicos 55

Viaje al extranjero **57**, 79, 80

Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” 45

Vista 45, **59**, 65

Sección 1:

Aprenda cómo funciona Medicare

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

¿Cuáles son las partes de Medicare?

Vea las páginas 29–33.

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

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

Vea las páginas 34–59.

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

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

Vea las páginas 65–78.

La Parte C de Medicare (Medicare Advantage):

- Incluye los beneficios de las Partes A y B
- Generalmente incluye la cobertura de los medicamentos recetados (Parte D)
- Ofrecida por compañías privadas aprobadas por Medicare que siguen las normas establecidas por Medicare
- Puede ofrecer beneficios adicionales, a veces no cubiertos por Medicare, por un costo adicional
- Los planes establecen un límite anual de sus gastos de bolsillo para servicios médicos

Vea las páginas 83–96.

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

- Ayuda a pagar por los medicamentos recetados
- Ofrecida por planes de medicamentos recetados aprobados por Medicare que siguen las normas establecidas por Medicare
- Puede ayudarle a reducir sus gastos de medicamentos y protegerlo contra aumentos en los precios de los medicamentos en el futuro

¿Cuáles son mis opciones de cobertura de Medicare?

Usted quedará inscrito en el Medicare Original cuando sea elegible por primera vez, a menos que elija otra opción (como inscribirse en un [plan Medicare Advantage](#)). Aquí están las maneras diferentes de recibir los beneficios de Medicare:

1. Puede escoger el plan **Medicare Original**. Si desea la cobertura de las recetas médicas tendrá que inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D). Si no se inscribe en uno de estos planes cuando es elegible por primera vez y no tiene otra [cobertura válida de medicamentos](#), **tal vez tenga que pagar una multa si decide inscribirse más tarde**. Para más información consulte las páginas 89–91.
2. Puede inscribirse en un **plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO)**, u otro tipo de [plan de salud de Medicare](#), si hubiese uno disponible en su zona. El plan podría incluir la cobertura de las recetas médicas. En la mayoría de los casos, si la incluye, usted debe aceptar la cobertura de las recetas del plan. En ciertos tipos de planes MA que no ofrecen la cobertura de las recetas médicas, usted podrá inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

Antes de tomar cualquier decisión, entérese de cuáles son las opciones disponibles. Si necesita información:

1. **Visite el buscador de planes en [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan).**
2. **Obtenga asesoría personalizada a la hora de escoger un plan.** En las páginas 125–128 encontrará el número de teléfono del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP).
3. **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.

¿Dónde puedo obtener respuestas a mis preguntas?

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

Para obtener información general o reclamos específicos sobre Medicare, pedir una tarjeta de reemplazo y hacer cambios a su cobertura.

TTY: 1-877-486-2048

[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)

Seguro Social

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

1-800-772-1213

TTY: 1-800-325-0778

[socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov)

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

Comuníquese con el BCRC para cambios en la información de su seguro o para dejarle saber a Medicare si tiene otro seguro.

1-855-798-2627

TTY: 1-855-797-2627

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

Comuníquese con BFCC-QIO para hacer preguntas o presentar quejas sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, o si piensa que el servicio que le brindan está terminando antes de tiempo, está por debajo del estándar reconocido de cuidado o no está satisfecho en la forma que su proveedor respondió a su preocupación. Para obtener el número de teléfono de su BFCC-QIO, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.

Departamento de Defensa

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

TFL

1-866-773-0404

TTY: 1-866-773-0405

tricare.mil/tfl

tricare4u.com

Programa de Farmacia Tricare

1-877-363-1303

TTY: 1-877-540-6261

tricare.mil/pharmacy

express-scripts.com/tricare

Departamento de Asuntos de Veteranos

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

1-800-827-1000

TTY: 1-800-829-4833

va.gov

Oficina de Gerencia de Personal

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

Retirados: 1-888-767-6738

TTY: 1-800-878-5707

opm.gov/healthcare-insurance

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

Junta de Retiro Ferroviario (RRB en inglés)

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

1-877-772-5772

TTY: 1-312-751-4701

rrb.gov

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Sección 2:

La inscripción en las Partes A y B de Medicare

Algunas personas obtienen las Partes A y B automáticamente

Recuerde que si vive en Puerto Rico no recibirá la Parte B automáticamente. Debe inscribirse. Vea la página 20 para más información.

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

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

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

Si lo inscriben automáticamente, le enviarán su tarjeta de Medicare (la tarjeta roja, blanca y azul) por correo, 3 meses antes de cumplir 65 años o en el mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. Si se la queda, significa que se queda con la Parte B y tendrá que pagar las **primas**. Puede optar por no mantener la Parte B, pero tendrá que esperar para inscribirse y pagar una multa por inscripción tardía. Vea la página 27.

Nota: Si no recibe la tarjeta por correo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 y asegúrese de que tenga la dirección correcta. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. Si recibe beneficios de RRB, llame al 1-877-772-5772 (TTY: 1-312-751-4701).

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

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

Si padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD), debe inscribirse. Comuníquese con el Seguro Social para averiguar cuándo y cómo inscribirse en las Partes A y B. Para obtener más información visite [Medicare.gov/publications](https://medicare.gov/publications) y consulte “La cobertura Medicare de la diálisis renal y los servicios de trasplante de riñón”.

¡Importante!

Si vive en Puerto Rico y recibe los beneficios del Seguro Social o de RRB, recibirá los beneficios de la Parte A automáticamente el primer día del mes en que cumpla 65 años o después del mes 24 de sus beneficios por incapacidad. Sin embargo, si desea la Parte B tendrá que inscribirse usando el Formulario CMS-40B “Solicitud de Inscripción en la Parte B”. Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía por todo el tiempo que tenga la Parte B. Visite CMS.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/cms-forms-items/cms017339.html para obtener el formulario en inglés o español. Para más información, comuníquese con el Seguro Social o la oficina de RRB.

¿Dónde puedo obtener más información?

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

También puede obtener asesoría personalizada del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el teléfono aparece las páginas 125–128.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Si no me inscriben automáticamente, ¿cuándo puedo inscribirme?

Si no está inscrito automáticamente en la Parte A (libre de cargos/sin primas), puede inscribirse en la Parte A una vez comience el Período Inicial de Inscripción. Su cobertura en la Parte A comienza 6 meses antes de la fecha que solicitó Medicare (o beneficios del Seguro Social/RRB), pero no antes del primer mes que es elegible para Medicare. Sin embargo, sólo puede inscribirse en la Parte B (o la Parte A si tiene que comprarla) durante los tiempos indicados a continuación. **Recuerde, en la mayoría de los casos, si no lo hace cuando es elegible para Medicare por primera vez, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.**

Período Inicial de Inscripción

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

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

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

Período Especial de Inscripción

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

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

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

¡Importante!

La cobertura de COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria), o de un plan médico para jubilados o individual (como un plan a través del Mercado de Seguros Médicos), no se considera cobertura médica basada en su empleo actual. Por lo tanto, no será elegible para un Período Especial de Inscripción cuando dicha cobertura termine. Para evitar el pago de una **prima** más cara, asegúrese de inscribirse en Medicare cuando sea elegible por primera vez. Para obtener más información sobre COBRA, consulte la página 94.

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

Período General de Inscripción

Si no se inscribió en la Parte A (si tiene que comprarla) y/o B (por la que debe pagar una **prima**) durante el Período Inicial de Inscripción, y no califica para un Período Especial de Inscripción, podrá hacerlo del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. **Su cobertura comenzará el 1 de julio. Usted podría pagar una prima más elevada para la Parte A y/o B si se inscribe más tarde porque le cobrarán una multa por inscripción tardía.** Vea las páginas 26–27.

¿Debo comprar la Parte B?

La información siguiente le ayudará a decidirlo.

Cobertura de Empleador o Sindicato—Si usted o su cónyuge (o un familiar si usted está incapacitado) **está trabajando** y usted tiene cobertura médica a través del empleador, incluido el seguro médico para empleados federales, cobertura a través del Programa de Opciones de Salud para Pequeños Negocios (SHOP), el seguro para militares activos o de un sindicato, comuníquese con el administrador de beneficios para averiguar cómo trabaja dicho seguro con Medicare. Tal vez le convenga esperar para inscribirse en la Parte B. Usted podrá inscribirse en la Parte B en cualquier momento que tenga la cobertura de su empleador sin tener que pagar la multa por inscripción tardía.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Nota: Recuerde, cobertura basada en su empleo actual no incluye:

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

Mercado de Seguros Médicos—Si tiene cobertura mediante un plan del Mercado, es posible que desee cancelar esta cobertura e inscribirse en Medicare durante su Período Inicial de Inscripción para evitar el riesgo de un retraso en la cobertura de Medicare y la posibilidad de pagar una multa por inscripción tardía en Medicare. Una vez que tenga la Parte A, usted no califica para la ayuda con los costos de **primas** y otros gastos médicos de su plan del Mercado. Si continúa recibiendo ayuda con su plan del Mercado después de inscribirse en Medicare, es posible que tenga que pagar la ayuda que recibió cuando presente su declaración de impuestos. Visite CuidadoDeSalud.gov para más información y para averiguar cómo cancelar su plan del Mercado antes de que comience su inscripción en Medicare.

Si tiene cobertura CHAMPVA, debe inscribirse en la Parte A y Parte B para mantener su cobertura CHAMPVA. Para más información, llame al 1-800-733-8387.

TRICARE—Si tiene TRICARE (cobertura médica para militares activos y retirados incluyendo sus familias), **deberá obtener las Partes A y B cuando es elegible por primera vez, para quedarse con la cobertura de TRICARE.** Sin embargo, si es un miembro en servicio o el cónyuge o niño dependiente de un miembro activo, no tiene que estar inscrito en la Parte B para quedarse con la cobertura de TRICARE. Consulte la página 18 para más información.

Cuenta de Ahorros (HSA en inglés)—Una vez que comienza la cobertura Medicare, no puede hacer aportes a su cuenta de ahorros de salud (HSA). Sin embargo, puede usar el dinero que ya está en su HSA después de inscribirse en Medicare para ayudarlo a pagar **deducibles**, primas, **copagos** o **coseguro**. Si aporta a su HSA después de iniciada la cobertura Medicare, podría estar sujeto a una multa fiscal. Si desea seguir aportando a la HSA, no debe solicitar los beneficios de Medicare, del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recuerde, la cobertura de la Parte A (libre de cargos/sin primas) comienza a los 6 meses de la fecha en que solicita Medicare (o beneficios del Seguro Social o RRB), pero no antes del primer mes en que fue elegible para Medicare. Para evitar una multa fiscal, deberá dejar de hacer aportes a la HSA al menos 6 meses antes de solicitar Medicare.

¿Cómo trabaja mi otro seguro con Medicare?

Cuando usted tiene otro seguro hay normas para decidir si Medicare o su otro seguro paga primero.

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

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

Algunos datos para tener en cuenta:

- El seguro que paga primero paga hasta el límite de su cobertura.
- El seguro que paga segundo sólo paga los costos que no cubre el pagador primario.
- Tal vez el seguro que paga en segundo lugar (que podría ser Medicare) no cubra todos los gastos que no pagó el pagador primario.
- Si el seguro de su empleador es el pagador secundario, usted tendrá que inscribirse en la Parte B antes de que el seguro pague.
- Medicaid paga después de que Medicare, los planes de salud grupal del empleador y las pólizas de Medigap hayan pagado.

Si desea más información, consulte “Medicare y Otros Beneficios Médicos: Su Guía sobre Quién Paga Primero” en [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications).

Si tiene cambios en su seguro o tiene otro seguro, dígaselo a Medicare llamando al Contratista de Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación (BCRC) al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.

¡Importante!

Si tiene la Parte A de Medicare (incluyendo la cobertura de [Medicare Advantage](#)), usted cumple con los requisitos de cobertura médica bajo la ley de salud (ACA en inglés). Tendrá que informar esto en su declaración federal de impuestos y no tendrá que pagar una multa por no estar asegurado.

Si tiene la Parte A, es posible que reciba el formulario del IRS Cobertura de Salud (Formulario 1095-B) de Medicare a principios de 2018. Este formulario verifica su cobertura médica. Mantenga el formulario para sus archivos. Si no recibe el Formulario 1095-B, no se preocupe, no lo necesita para declarar impuestos.

¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte A?

Por lo general no paga una [prima](#) mensual por la Parte A si usted o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban. A esto se le conoce como la Parte A sin prima o libre de cargos. Si no es elegible para la Parte A sin el pago de la prima, podría comprar la Parte A.

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

En el 2018, las personas que tienen que comprar la Parte A pagarán hasta \$422 por mes.

Multa por inscripción tardía en la Parte A

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

Por ejemplo: Si fue elegible para la Parte A por 2 años pero no se inscribió, tendrá que pagar una prima 10% más alta por 4 años.

¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?

En 2018, la cantidad estándar de la prima mensual para la Parte B es \$134 o más, dependiendo de los ingresos. Sin embargo, algunas personas que reciben beneficios del Seguro Social pagarán menos de esta cantidad (\$130 en promedio). El Seguro Social le informará la cantidad exacta a pagar por la Parte B en 2018. Usted pagará la cantidad de la prima estándar (o más) si:

- Se inscribe en la Parte B por primera vez en 2018.
- No obtiene beneficios del Seguro Social.
- Se le factura directamente por sus primas de la Parte B.
- Tiene Medicare y Medicaid, y Medicaid paga sus primas. (Su estado pagará la cantidad de la prima estándar de \$134 en 2018).
- Su ingreso bruto ajustado modificado como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de una cierta cantidad. De ser así, pagará la cantidad de la prima estándar y un ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Si su ingreso anual en el 2016 fue			Usted paga (en 2018)
Declaración de impuestos individual	Declaración de impuestos conjunta	Declaración de impuestos casado pero presentada por separado	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	\$85,000 o menos	\$134.00
\$85,000–\$107,000	\$170,000–\$214,000	N/A	\$187.50
\$107,000–\$133,500	\$214,000–\$267,000	N/A	\$267.90
\$133,500–\$160,000	\$267,000–\$320,000	N/A	\$348.30
Más de \$160,000	Más de \$320,000	Más de \$85,000	\$428.60

Multa por inscripción tardía en la Parte B

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, quizá tenga que pagar una multa por inscripción tardía por todo el tiempo que tenga la Parte B. La **prima** mensual de la Parte B podría aumentar hasta un 10% por cada período de 12 meses en los que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Por lo general, usted no paga esta multa si cumple ciertos requisitos que le permitan inscribirse en la Parte B durante un Período Especial de Inscripción. Vea las páginas 21–22.

Si necesita ayuda para pagar su prima de la Parte B, consulte las páginas 99–100.

Por ejemplo: El Período Inicial de Inscripción del Sr. Torres terminó el 30 de septiembre de 2015. El Sr. Torres esperó para inscribirse en la Parte B hasta el Período General de Inscripción en marzo del 2018. La multa de la prima de la Parte B es de 20%. (Si bien el Sr. Torres esperó un total de 30 meses antes de inscribirse, solamente se tienen en cuenta 2 períodos completos de 12 meses.) Tendrá que pagar dicha multa por todo el tiempo que tenga la Parte B.

¿Cómo puedo pagar la prima de la Parte B?

Si usted recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, la prima de la Parte B se deducirá automáticamente de su cheque de pago.

Si es un Jubilado Federal con una anualidad de OPM y no tiene derecho a los beneficios de la RRB o el Seguro Social, puede solicitar que sus primas de la Parte B de Medicare sean deducidas de su anualidad. Puede comunicarse al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para hacer el pedido. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si usted no recibe estos beneficios y se inscribe en la Parte B, le mandarán una factura. Si decide comprar la Parte A, siempre le enviarán una factura por la cantidad de la prima. Hay 4 maneras de pagar las primas:

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

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

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

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

- 2. Puede pagar con una tarjeta de crédito/débito.** Para hacerlo, llene la parte inferior del cupón de pago de su cuenta de Medicare y mándelo a la dirección indicada arriba.
- 3. Puede inscribirse en el servicio Pago fácil (Easy pay),** un servicio gratuito que deduce automáticamente la cantidad de la **prima** de su cuenta corriente o de ahorro. Para obtener más información visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- 4. Haga un pago en línea.** Este es la forma más segura y rápida de hacer su pago sin necesidad de enviar su información personal por correo. Pregúntele a su banco si le permite a los clientes pagar sus facturas en línea. No todos los bancos ofrecen este servicio y algunos podrían cobrarle por el servicio. Tendrá que darle al banco esta información:
- **Número de cuenta:** Su número de Medicare sin guiones (este número se puede encontrar en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
 - **Nombre del Facturador:** CMS Medicare Insurance
 - **Dirección de Pago:**
Medicare Premium Collection Center
P.O. Box 790355
St. Louis, Missouri 63179-0355

Si tiene preguntas sobre las primas o necesita cambiar su dirección en la factura, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. Si recibe las facturas del RRB, llame al 1-877-772-5772. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-312-751-4701.

Si desea más información sobre cómo pagar sus primas de Medicare, visite Medicare.gov para ver el folleto “Formulario de la Prima de Medicare (CMS-500)”.

Sección 3:

Averigüe si Medicare paga por su examen, servicio o artículo

¿Cuáles son los servicios que cubre Medicare?

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

Si tiene las Partes A y B podrá obtener todos los servicios cubiertos por Medicare que se mencionan en esta sección, ya sea que tenga el Medicare Original o un [plan de salud de Medicare](#).

¡Importante!

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

¿Qué cubre la Parte A?

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

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

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

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

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

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

Los servicios cubiertos por la Parte A

Sangre

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

Medicare Original cubrirá su cuidado de hospicio, incluso si está inscrito en un plan Medicare Advantage.

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

Usted puede utilizar sus beneficios de atención domiciliaria bajo la Parte A y/o Parte B. Vea la página 48 para más información sobre los beneficios del cuidado de la salud en el hogar.

Cuidado de hospicio

Para recibir el cuidado de hospicio, su médico o un médico de hospicio (si tiene uno) debe certificar que usted tiene una enfermedad terminal y que probablemente le queden 6 meses de vida o menos. La cobertura incluye:

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

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

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

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

Estadía en el hospital (internación)

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

- Usted paga un **deducible** de \$1,340 y no le cobrarán un **coseguro** por una estadía de 1–60 días por cada **período de beneficio**.

- De 61–90 días le cobrarán \$335 por día por cada período de beneficio.
- Usted tiene que pagar \$670 por los “[días de reserva vitalicios](#)” después de los 90 días por cada período de beneficio (hasta 60 días de por vida).
- Después de los días de reserva vitalicios, usted paga todos los costos diarios.
- Los servicios de salud mental que recibe en un hospital psiquiátrico se limitan a un período de 190 días (durante toda su vida).

¿Es usted un paciente internado?

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

Un Aviso para Pacientes Ambulatorios de Medicare sobre servicios de Observación (MOON, en inglés) le permite saber si es un paciente ambulatorio en un hospital u [hospital de acceso crítico](#). Usted debe recibir este aviso si está recibiendo servicios ambulatorios de observación por más de 24 horas. El aviso le informará por qué es un paciente ambulatorio que recibe servicios de observación, en lugar de un paciente internado. También le informará cómo esto puede afectar lo que paga mientras está en el hospital, y por el cuidado que recibe después de salir del hospital.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

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

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

Los planes Medicare Advantage no pueden cobrarle más que el Medicare Original por los servicios de enfermería especializada.

Cuidado en un centro de enfermería especializada

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

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

Usted paga:

- Nada por los primeros 20 días de cada [período de beneficio](#)
- De 21–100 días paga \$167.50 por cada período de beneficio
- Después de los 100 días usted paga todos los costos en cada período de beneficio

Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para saber lo que pagará por estadías en el hospital y [cuidado en un centro de enfermería especializado](#) en 2018. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

¿Qué cubre la Parte B?

La Parte B (seguro médico) ayuda a pagar los servicios del médico, el cuidado para pacientes ambulatorios, el cuidado de la salud en el hogar, el equipo médico duradero, servicios de salud mental y otros servicios **necesarios por razones médicas**. La Parte B también cubre muchos **servicios preventivos**. Para averiguar si tiene la Parte B, fíjese en su tarjeta de Medicare. Las páginas 35–59 incluyen una lista de los servicios comúnmente cubiertos por la Parte B y una descripción general de los mismos. Medicare puede cubrir algunos servicios y exámenes con más frecuencia de lo estipulado si se necesitan para diagnosticar algún problema médico. Para averiguar si Medicare cubre un servicio que no aparece en la lista visite [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Para más detalles sobre los servicios cubiertos por Medicare, visite [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) y consulte la publicación “Sus beneficios de Medicare”. Para solicitar que le envíen una copia llame al 1-800-MEDICARE.

Consulte la página 70 para averiguar qué afecta sus costos del plan Medicare Advantage.

Los planes Medicare Advantage tienen un límite anual en los costos directos de su bolsillo para servicios médicos. Vea la página 67.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

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

La lista en las páginas siguientes le brinda información general sobre lo que tiene que pagar en el Medicare Original si recibe los servicios de proveedores de la salud que aceptan la **asignación**. Vea la página 64. Usted pagará más si sus médicos no aceptan la asignación. **Si está inscrito en un plan de salud de Medicare o si tiene otro seguro médico, sus gastos podrían ser diferentes. Comuníquese con su plan o con su administrador de beneficios para averiguar sobre los costos.**

En el Medicare Original, si se aplica el **deducible** de la Parte B (\$183 en 2018), usted tendrá que pagar todos los costos (de la **cantidad aprobada por Medicare**) hasta que haya cubierto la cantidad del deducible anual. Después, Medicare comenzará a pagar la porción que le corresponde y usted pagará generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para dicho servicio, si su médico acepta la asignación. No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo. Para obtener información específica sobre los costos llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

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

Los servicios cubiertos por la Parte B



Usted verá esta manzanita al lado de los **servicios preventivos** mencionados en las páginas 35–59.



Examen de aneurisma abdominal aórtico

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

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

Planificación de instrucciones anticipadas

Medicare cubre la planificación de instrucciones anticipadas (voluntades anticipadas) como parte de la visita anual de “Bienestar”. Esta es la planificación del cuidado que usted desearía si llegara el momento en que no puede hablar por sí mismo. Su profesional de la salud puede ayudarle a llenar los formularios relacionados con las instrucciones anticipadas, si así lo desea. Las instrucciones anticipadas son documentos legales que le permiten expresar por escrito sus deseos sobre el tratamiento médico en un tiempo futuro, si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado. Usted no paga si el médico u otro proveedor calificado acepta la asignación.

Nota: Medicare también puede cubrir este servicio como parte de su tratamiento médico. Cuando la planificación de instrucciones anticipadas no es parte de su visita anual de “Bienestar”, el **coseguro** y **deducible** de la Parte B aplican.



Consejería sobre el abuso del alcohol

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

Servicio de ambulancia

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

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

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

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

Centros de cirugía ambulatoria

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

Sangre

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.



Densitometría ósea (medición de la masa ósea)

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



Mamografía

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

Nota: La Parte B también cubre las mamografías de diagnóstico cuando son médicamente necesarias. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) por las mamografías de diagnóstico, y el [deducible](#) de la Parte B.

Rehabilitación cardíaca

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

- Un ataque al corazón en los últimos 12 meses
- Cirugía coronaria
- Angina de pecho constante (dolor de pecho)
- Reparación o reemplazo de las válvulas del corazón
- Angioplastia coronaria (procedimiento médico para abrir un bloqueo arterial) o la colocación de una endoprótesis vascular (stent) (procedimiento para mantener una arteria abierta)
- Trasplante del corazón o corazón-pulmón
- Insuficiencia cardíaca crónica y estable (sólo para la rehabilitación cardíaca regular)

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



Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)

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



Evaluaciones cardiovasculares

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



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

La Parte B cubre la evaluación para la detección del cáncer cervical, vaginal. Como parte de la misma también se incluye un examen de los senos. Medicare paga por estos exámenes cada 24 meses para las beneficiarias de bajo riesgo y cada 12 meses para las mujeres de alto riesgo, y aquellas en edad de concebir a quienes se les hizo un examen en los últimos 36 meses y el mismo mostró alguna anormalidad.

La Parte B también cubre las pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH) (cuando brindado con una prueba de Papanicolaou) una vez cada 5 años si usted tiene entre 30–65 años de edad sin síntomas de VPH.

Usted no paga por la prueba de Papanicolaou o la prueba de HPV con el Papanicolaou, la recolección de la muestra, los exámenes pélvicos y de los senos si su médico o proveedor autorizado acepta la asignación.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Quimioterapia

Medicare cubre el tratamiento de quimioterapia en el consultorio del médico, en una clínica independiente o en el departamento ambulatorio del hospital para personas con cáncer. Si se la hacen en el departamento ambulatorio del hospital, le cobran un **copago**.

Por los servicios de quimioterapia que recibe en el consultorio médico o en una clínica independiente, usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

La quimioterapia que recibe como paciente internado en el hospital está cubierta por la Parte A. Vea Cuidado de Hospital (internación) en las páginas 31–32.

Servicios quiroprácticos (limitados)

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

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

Servicios de Administración para el Cuidado de Enfermedades Crónicas

Si usted tiene 2 o más enfermedades crónicas (como artritis, asma, diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, osteoporosis y otras afecciones) que espera que duren por lo menos un año, Medicare puede pagar por la ayuda de un profesional de la salud para el manejo de esas condiciones. Esto incluye un plan de cuidado total que detalle sus problemas de salud y metas, otros proveedores de la salud, medicamentos, los servicios comunitarios que tiene y los que necesita, al igual que, otra información sobre su salud. También le explica el cuidado que necesita y cómo éste será coordinado. Su médico le pedirá que firme un acuerdo para ofrecerle este servicio. Si está de acuerdo, el proveedor le preparará el plan de cuidado, le ayudará con el manejo de medicamentos, le proveerá acceso 24/7 para las necesidades de cuidado urgente, le ayudará con la transición de un ambiente de cuidado a otro, revisará sus medicamentos y cómo los toma y le ayudará con sus otras necesidades de cuidado relacionadas con su enfermedad. Hay una prima mensual y el deducible de la Parte B y **coseguro** aplican.

Estudios clínicos

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

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



Examen para la detección de cáncer colorrectal

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

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

Usted no paga por el examen si el médico u otro proveedor de la salud autorizado acepta la **asignación**.

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

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

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

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

Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el alquiler de la máquina y la adquisición de los suministros relacionados (como máscaras y tubos) y se aplican los deducibles de la Parte B. Medicare le paga al proveedor por el alquiler de la máquina durante los 13 meses si la ha estado usando sin interrupciones. Después de haber alquilado la máquina durante 13 meses, pasa a ser suya.

Nota: Si usted tenía una máquina de CPAP desde antes de obtener Medicare, Medicare puede cubrir el alquiler o el reemplazo de la máquina de CPAP y/o los accesorios, siempre que cumpla ciertos requisitos.

Si vive en ciertas zonas del país, es posible que tenga que usar proveedores específicos para que Medicare pague por la máquina de CPAP y/o los accesorios. Consulte las páginas 43–44 para obtener más información.

Desfibrilador (automático implantable)

Para algunos beneficiarios diagnosticados con insuficiencia cardíaca. Si le hacen la cirugía como paciente ambulatorio, usted tiene que pagar el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) por los servicios del médico. Si lo colocan en el hospital, tendrá que pagar un [copago](#) que no puede exceder la cantidad del [deducible](#) de la Parte A para la internación. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Las cirugías para implantar el desfibrilador si lo internan, serán pagadas por la Parte A. Vea “Estadía en el hospital (internación)” en las páginas 31–32.



Evaluación de depresión

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



Evaluación de diabetes

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



Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes

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

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.

Suministros/insumos para diabéticos

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

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

¡Importante!

Es posible que usted tenga que usar proveedores específicos para algunos de los tipos de suministros para las pruebas de diabetes. Visite [Medicare.gov/supplierdirectory](https://www.medicare.gov/supplierdirectory) para encontrar una lista de proveedores en su área.

Servicios del médico y de otros proveedores de la salud

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

Equipo Médico Duradero (DME)

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

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

Para más información, visite **Medicare.gov/publications** y consulte la publicación “La Cobertura de Medicare del Equipo Médico Duradero y Otros Artículos”.

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

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

Para mas información, visite **Medicare.gov/publications** y consulte la publicación “Cobertura de Medicare de Equipo Médico Duradero y otros Suministros (DMEPOS)”.

EKG/ECG de evaluación (electrocardiograma)

Medicare cubre un EKG de evaluación una sola vez si usted tiene una orden de su médico emitida como resultado de la visita médica preventiva única “Bienvenido a Medicare”. Vea la página 58.

Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) y el [deducible](#) de la Parte B. También cubre un EKG como examen de diagnóstico. Vea la página 58. Si le hacen el EKG en un hospital o en una clínica del hospital, también tendrá que pagar el [copago](#) del hospital.

Servicios de la sala de emergencia

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

Anteojos después de la cirugía de cataratas

Medicare paga por un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas con implante de una lente intraocular. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

Nota: Medicare sólo pagará por los anteojos o lentes de contacto de un proveedor inscrito en el programa de Medicare, sin importar quien presente la reclamación (usted o su proveedor).

Servicios médicos de un centro autorizado federalmente

Los centros de salud autorizados por el gobierno federal (FQHCs, en inglés) ofrecen muchos servicios médicos primarios ambulatorios y [servicios preventivos](#) que usted recibe en ciertas clínicas en su comunidad. No hay un deducible y por lo general, usted paga el 20% de lo que le cobran o la cantidad aprobada por Medicare. Estos centros de salud deben ofrecerle un descuento si su ingreso está por debajo del 200% del nivel federal de pobreza. Los servicios preventivos son gratuitos. Visite findahealthcenter.hrsa.gov para encontrar un centro participante cerca de usted.

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.



Vacuna contra la gripe/influenza

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

Examen de los pies y tratamiento

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



Examen de glaucoma

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

Exámenes del oído y del equilibrio

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

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



Vacuna contra la hepatitis B

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



Prueba de detección de hepatitis C

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

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

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

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



Examen del VIH

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

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

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

El examen es gratuito si su médico o proveedor de salud acepta la [asignación](#).

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.

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

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

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

1. Debido a una enfermedad o lesión, tiene dificultad para salir de su casa sin ayuda (necesita el uso de un bastón, silla de ruedas, andador o muletas; transporte especial; o la ayuda de otra persona).
2. No se recomienda que abandone su hogar debido a su condición médica y porque hacerlo le significa un gran esfuerzo.

Usted no paga por los servicios para el cuidado de la salud en el hogar. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B para el equipo médico cubierto por Medicare.

Servicios e insumos para diálisis renal

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Servicios educativos sobre la insuficiencia renal

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

Servicios de laboratorio

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



Exploración (examen) para cáncer de pulmón

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

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

Por lo general, usted no paga por este servicio si el [médico de cabecera](#) u otro proveedor de salud acepta la [asignación](#).

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



Terapia de nutrición

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

Servicios para la salud mental (ambulatorios)

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

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

Nota: La internación para servicios de psiquiatría está cubierta por la Parte A.



Evaluación y consejería sobre la obesidad

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

Terapia ocupacional

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

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.

Servicios ambulatorios del hospital

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

Servicios ambulatorios médicos, quirúrgicos e insumos

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

Terapia física

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



Vacuna neumocócica

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

Medicamentos recetados (limitados)

Medicare cubre un número limitado de medicamentos, como las inyecciones que le aplican en el consultorio médico, ciertos medicamentos orales para el cáncer y los que se usan con cierto equipo médico duradero (como nebulizadores o bombas de infusión externas), medicamentos inmunosupresores (vea las páginas 56–57); y en muy pocas circunstancias, algunos medicamentos que recibe como paciente ambulatorio en el hospital. Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) por los medicamentos cubiertos y tiene que haber pagado el [deducible](#) de la Parte B.

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

Para otros ejemplos que no sean los mencionados anteriormente, usted paga el 100% de la mayoría de los medicamentos, a menos que tenga la Parte D u otra cobertura de medicamentos. Si desea más información, consulte las páginas 83–96.

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.



Examen de la próstata

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

Prótesis y aparatos ortopédicos

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

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

¡Importante!

El Programa de Oferta Competitiva del DMEPOS: Para recibir los servicios de terapia de nutrición enteral en ciertas zonas del país, usted debe usar un proveedor que tenga un contrato o Medicare no pagará y usted tendrá que pagarlo de su bolsillo. Si desea más información, consulte las páginas 43–44.

Rehabilitación pulmonar

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

Servicios médicos rurales

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

Segunda opinión sobre una cirugía

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



Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual

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

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

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

Vacunas

La Parte B cubre:

- La vacuna contra la gripe. Página 46.
- La vacuna contra la Hepatitis B. Página 47.
- La vacuna neumocócica. Página 52.

Nota sobre la vacuna contra la culebrilla (Herpes Zoster):

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

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.



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

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

Servicios de patología del lenguaje/habla

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

Vendajes quirúrgicos

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

Telemedicina (Telesalud)

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

Exámenes (que no sean los análisis de laboratorio)

Medicare cubre los rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans), Electrocardiograma (EKG) y otros exámenes de diagnóstico. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B. Si le hacen estos exámenes como paciente ambulatorio en un hospital, usted paga el **copago** 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. Vea “Servicios de laboratorio” en la página 49 para averiguar acerca de los otros análisis cubiertos por la Parte B.

Servicios de Administración de Cuidado de Transición

Medicare puede cubrir este servicio si usted está volviendo a su comunidad después de una estancia en determinadas instituciones, como un hospital o centro de enfermería especializada.

El proveedor del cuidado de la salud que administra su transición de regreso a la comunidad trabajará para coordinar y administrar su cuidado durante los primeros 30 días después de regresar al hogar. Éste trabajará con usted y su familia y el cuidador (es), según sea lo apropiado, y con sus otros proveedores de salud.

También podrá obtener una consulta en persona durante las 2 semanas de haber regresado al hogar. El proveedor de su cuidado también puede revisar la información sobre el cuidado recibido en el centro, proporcionar información para ayudarle con su transición, trabajar con sus otros proveedores, ayudarle con sus **referidos** o citas médicas de seguimiento o con recursos en la comunidad, ayudarle con sus citas y administración de sus medicamentos. Tendrá que pagar el deducible y **coseguro** de la Parte B.

Trasplantes y medicamentos inmunosupresores

Medicare cubre los servicios médicos para trasplantes del corazón, pulmón, riñón, páncreas, hígado e intestino en ciertas circunstancias y sólo en un centro certificado por Medicare. Los trasplantes de córnea y médula ósea sólo están cubiertos por Medicare si se cumplen ciertas condiciones.

Nota: La cirugía de trasplante puede estar cubierta como una estadía en el hospital bajo la Parte A. Vea las páginas 31–32 para más información.

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

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

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

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

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

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

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

Atención (cuidado) urgente

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



Visita médica preventiva “Bienvenido a Medicare”

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

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



Examen anual de “Bienestar”

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

Su proveedor le pedirá que llene un cuestionario breve conocido como “Evaluación de Riesgo para la Salud” durante la visita. Sus respuestas contribuirán a crear un plan de prevención que lo ayude a mantenerse sano y beneficiarse al máximo con este examen. Cuando haga la cita, dígalos que la quiere para la visita anual de “Bienestar”.

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.

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

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

¡Importante!

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

Lo que NO cubren las Partes A y B

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

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

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

- ✗ El cuidado dental.
- ✗ El examen de la vista para recetarle anteojos.
- ✗ Las dentaduras.
- ✗ La cirugía estética.
- ✗ Acupuntura.
- ✗ Los audífonos y los exámenes para colocarlos.
- ✗ El [cuidado a largo plazo](#) (conocido como [cuidado de compañía](#)).
Vea la página siguiente para obtener más información sobre cómo puede pagar por el cuidado a largo plazo.
- ✗ Cuidado de guarda (también llamada medicina a la carta, medicina basada en anticipos, medicina prepagada, medicina boutique, práctica de platino, atención directa o cuidado directo).

Algunos planes Medicare Advantage pueden elegir cubrir estos servicios. Consulte la página 65.

El pago del cuidado a largo plazo

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

Los Planes de Necesidades Especiales son un tipo de plan **Medicare Advantage** que pueden cubrir el cuidado a largo plazo si tiene Medicare y Medicaid. Consulte la página 74.

La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 129–132.

Recursos para el cuidado a largo plazo

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

- Visite longtermcare.gov para averiguar sobre la planificación del cuidado a largo plazo.
- Llame al Departamento Estatal de Seguro para obtener información sobre el seguro de cuidado a largo plazo. Visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 125–128.
- Llame a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros al 1-866-470-6242 para obtener una copia de “Una Guía para los Compradores de Seguros de Cuidado a Largo Plazo”.
- Visite el Localizador Eldercare de la Administración para Envejecimiento en eldercare.gov para encontrar ayuda en su comunidad.

Sección 4:

¿Qué es el Medicare Original?

¿Cómo funciona el Medicare Original?

El plan Medicare Original es una de las opciones de cobertura de Medicare. A menos que escoja un [plan Medicare Advantage](#) u otro [tipo de plan de salud de Medicare](#), usted estará cubierto por el Medicare Original.



El gobierno federal administra la cobertura del Medicare Original. Por lo general, usted paga una parte de cada servicio. En la página siguiente explicaremos las normas de funcionamiento.

Medicare Original

<p>¿Puedo atenderme con cualquier médico, proveedor u hospital?</p>	<p>En la mayoría de los casos sí. Usted puede escoger cualquier médico, hospital, proveedor o clínica que participe en Medicare y que acepte nuevos pacientes con Medicare. Visite Medicare.gov para encontrar y comparar proveedores, hospitales y clínicas en su área.</p>
<p>¿Cubre las recetas médicas?</p>	<p>Con unas pocas excepciones (vea las páginas 31, 52, y 56), la mayoría de los medicamentos no están cubiertos. Usted puede agregar esta cobertura inscribiéndose en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D). Vea las páginas 83–96.</p>
<p>¿Debo escoger un médico de cabecera?</p>	<p>No.</p>
<p>¿Necesito un referido para consultar un especialista?</p>	<p>En la mayoría de los casos no, pero el proveedor tiene que estar inscrito en Medicare.</p>
<p>¿Necesito una póliza suplementaria?</p>	<p>Es posible que usted ya tenga un seguro de su empleador o sindicato que pague por lo que el Medicare Original no cubre. Si no es su caso, tal vez le convenga comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare). Vea las páginas 79–82.</p>
<p>¿Qué más debo saber acerca del Medicare Original?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted generalmente paga una cantidad fija por sus servicios de salud (deducible) antes de que Medicare pague su parte. Luego, Medicare paga la parte que le corresponde y usted paga la suya (el coseguro/copago) por los servicios y suministros cubiertos. No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo. ▪ Generalmente paga la prima mensual de la Parte B. Vea las páginas 97–98 para obtener información sobre los programas que pueden ayudarle con la prima de la Parte B. ▪ Por lo general, usted no envía sus reclamaciones a Medicare. Los proveedores (médicos, hospitales, SNFs y agencias de cuidado de la salud en el hogar) tienen por ley que presentar las reclamaciones a Medicare por los servicios y suministros que usted recibe.

¿Cuánto me corresponde pagar?

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

- Si tiene las Partes A y/o B de Medicare. La mayoría de los beneficiarios tienen las dos.
- Si su médico o proveedor acepta la “**asignación**”.
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si recibe servicios o suministros que Medicare no cubre, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios a menos que tenga otro seguro.
- Si su otro seguro trabaja con Medicare.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda estatal para pagar por los costos de Medicare.
- Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare).
- Si usted y su médico u otro proveedor de la salud firman un contrato privado. Vea la página 66.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

¿Cómo puedo saber cuánto paga Medicare?

Si está inscrito en el Medicare Original, recibirá por correo un “Resumen de Medicare” (MSN en inglés) cada 3 meses, con un detalle de los servicios facturados a Medicare. Lo que usted debe pagarle al proveedor y lo que pagó Medicare. El MSN no es una factura. Revise su MSN para asegurarse de haber recibido todos los servicios, suministros o equipos mencionados.

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

¡Nuevo!

Su MSN le informará si está inscrito en el Programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, en inglés). Si tiene QMB, los proveedores de Medicare no pueden cobrarle por los **deducibles**, **coseguro** o **copagos** de la Parte A y/o Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre QMB y los pasos a seguir si se le factura por estos costos, consulte la página 99.

¡Importante!

Obtenga su Resumen de Medicare electrónicamente

Obtenga su “Resumen de Medicare” electrónicamente (también llamado el “eMSN”). Puede inscribirse en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov). Si se inscribe en el eMSN, le enviaremos un correo electrónico mensualmente informándole que su eMSN está disponible en su cuenta de [MiMedicare.gov](https://www.MiMedicare.gov). El eMSN tiene toda la información que contiene el MSN de papel. Usted no recibirá copias de su MSN impreso si elige eMSN.

¿Qué es la asignación?

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

¡Importante!

Para averiguar si un médico o proveedor acepta la asignación o participa en Medicare, vaya a **Medicare.gov/physician** o **Medicare.gov/supplier**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o preguntarle a su médico o proveedor si acepta la asignación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si su médico o proveedor acepta la asignación:

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

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

- **Tal vez usted tenga que pagar por el servicio cuando lo reciba.** Su médico o proveedor deben enviar la reclamación a Medicare por cada servicio que le brindan y no pueden cobrarle por hacerlo. Si no presentan la reclamación después de que usted lo haya pedido, llame al 1-800-MEDICARE.
- **También pueden cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare, hasta un cierto límite conocido como “cargo limitante” o “cargo límite”.** Para averiguar si le han cobrado la cantidad correcta, llame al 1-800-MEDICARE.

¿Qué es un contrato privado?

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

Sección 5:

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

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

Un [Plan Medicare Advantage](#) (como un HMO o PPO) es otra manera de recibir los beneficios de Medicare. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage sigue estando en el programa Medicare. El plan, en vez del Medicare Original, le brindará todos los servicios cubiertos por la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). A los planes Medicare Advantage a veces se les conoce como la “Parte C” o “Planes MA”. Estos planes son ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare. Recuerde, en la mayoría de los casos, debe utilizar la tarjeta de su plan Medicare Advantage para obtener los servicios de la red del plan de su proveedor. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, ya que la necesitará si alguna vez cambia de nuevo al Medicare Original.

Los Planes Medicare Advantage cubren todos los servicios de Medicare

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

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

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.

Recuerde, usted no necesita un referido para ver un especialista si tiene Medicare Original. Consulte la página 62.

Los Planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare

Medicare paga a las compañías que ofrecen estos planes una cantidad fija cada mes. Los [Planes Medicare Advantage](#) deben cumplir las normas de Medicare. Sin embargo, cada Plan Medicare Advantage puede tener gastos del bolsillo diferentes, así como normas diferentes sobre cómo obtener sus servicios (por ejemplo si necesita ser [referido](#) para ver un especialista o si tiene que atenderse con médicos, proveedores y en hospitales de la red del plan para los servicios que no sean de emergencia o urgentes). Estas normas pueden cambiar cada año. El plan tiene que notificarle estos cambios antes de que comience el nuevo período de inscripción. Recuerde, usted tiene la opción de mantener su plan actual, elegir un plan diferente o cambiar a Medicare Original cada año. Consulte la página 75.

¡Importante!

Lea los documentos que le envía su plan

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

Hay varios tipos de Planes Medicare Advantage

- **Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO).** Vea la página 71.
- **Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO).** Vea la página 72.
- **Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS).** Vea la página 73.
- **Planes para Necesidades Especiales (SNP).** Vea la página 74.
- **Planes HMO con Opción de Punto de Servicio (HMOPOS).** Un plan HMO que podría permitirle recibir servicios fuera de la red pagando un [copago](#) o [coseguro](#) más caro.

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.

- **Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA).** Un plan que combina un plan de [deducible](#) alto con una cuenta bancaria. Medicare deposita dinero en la cuenta (generalmente menos que la cantidad del deducible) y usted lo usa para pagar por los servicios médicos que recibe durante el año. Los planes MSA no ofrecen cobertura de medicamentos. Si desea ese tipo de cobertura, debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

Más sobre los Planes Medicare Advantage

- Usted tiene los derechos y protecciones de Medicare, incluido el derecho de apelar. Vea las páginas 104–107.
- Antes de recibir un servicio, usted puede hablar con su plan para averiguar si el servicio está cubierto y cuánto tendrá que pagar.
- Usted debe cumplir las normas del plan. Es importante que hable con su plan para conocer cuáles son sus derechos y responsabilidades.
- Si se atiende con un médico o proveedor o en una clínica que no pertenece a la red del plan, tal vez los servicios no estén cubiertos o le cuesten más caros. En la mayoría de los casos esto se aplica a los planes Medicare Advantage (HMO o PPO).
- Los proveedores pueden participar o retirarse de la red del plan en cualquier momento del año. Y los planes pueden cambiar a los proveedores de la red durante el año, en cuyo caso usted tendrá que escoger otro proveedor. Usted no podrá cambiar de plan durante el año.
- Los planes pueden incluir beneficios de bienestar y ejercicios.
- Los [Planes Medicare Advantage](#) no pueden cobrarle más que el Medicare Original por ciertos servicios como la quimioterapia, diálisis y el cuidado en un [centro de enfermería especializada](#).
- Los Planes Medicare Advantage tienen un límite anual para lo que usted paga por los servicios médicos. Una vez alcance el límite, no tendrá que pagar por los servicios cubiertos. Cada plan tiene un límite diferente y éste puede cambiar cada año. Cuando esté escogiendo un plan tenga en cuenta este factor.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

La inscripción y cancelación

- Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage aun si tiene un problema de salud preexistente, excepto si padece de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD). Vea la página 69.
- **Usted sólo puede inscribirse o retirarse de un plan durante ciertos períodos del año.** Vea las páginas 75–76.
- Cada año los planes MA pueden abandonar al programa Medicare o cambiar los servicios que cubren y lo que le cobran. Si el plan deja de participar en el programa Medicare, tendrá que inscribirse en otro [plan Medicare Advantage](#) o regresar al Medicare Original. Vea la página 104.
- Los Planes Medicare Advantage deben cumplir ciertas normas cuando le estén proporcionando información para inscribirse. Vea la página 115 para averiguar sobre estas normas y para proteger su información personal.

La cobertura de las recetas médicas

Generalmente, usted obtendrá la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) a través del plan MA. Algunos planes no ofrecen la cobertura de medicamentos en cuyo caso, usted podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. **Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage que incluye la cobertura de las recetas médicas y se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, se le dará de baja del Plan Medicare Advantage y regresará al Medicare Original.**

¿Quién puede inscribirse?

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

- Tiene la Parte A y B de Medicare.
- Vive en el [área de servicio](#) del plan.
- No padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD), excepto en las situaciones explicadas en la página 69.
- Es un ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

Si está interesado en inscribirse en la Parte D pero no puede pagar una [prima](#) aparte, un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos puede ser una buena opción. Consulte la página 83.

Si tiene otra cobertura

Hable con su administrador de beneficios, empleador o sindicato sobre las normas que se aplican antes de inscribirse en un [Plan Medicare Advantage](#). En algunos casos, si tiene la cobertura de un empleador o sindicato y se inscribe en un Plan Medicare Advantage puede que pierda dicha cobertura. 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 pierde su cobertura de empleador o sindicato tal vez no pueda recuperarla.**

¿Qué pasa si tengo una póliza Medigap? (seguro suplementario a Medicare)

Usted no puede inscribirse en (y no necesita) un seguro suplementario a Medicare mientras esté inscrito en un Plan Medicare Advantage. Usted no podrá usarla para pagar cualquier gasto del Plan Medicare Advantage ([copagos](#), [deducibles](#), [primas](#)). Si tiene una póliza Medigap y se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) tal vez le convenga cancelar su póliza Medigap. **Si cancela su póliza Medigap, en la mayoría de los casos no podrá recuperarla.** Vea la página 81.

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

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

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



Para más información visite [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) y consulte la publicación “La Cobertura Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón”.

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

¿Cuánto cuestan?

Los gastos directos de su bolsillo en un [Plan Medicare Advantage](#) dependerán de:

- Si el plan le cobra una [prima](#) mensual. Además, usted paga la prima de la Parte B.
- Si el plan paga alguna parte de la prima mensual de Medicare.
- Si el plan cobra un [deducible](#) anual o cualquier deducible adicional.
- Cuánto le corresponde pagar a usted por cada visita o servicio ([copago](#) o [coseguro](#)).
- El tipo de servicio de atención médica que necesita y la frecuencia.
- Si se atiende con un médico o proveedor que acepta la [asignación](#) (si usted está inscrito en un PPO, PFFS, o MSA y usa los servicios fuera de la red del plan). Vea la página 64 si desea más información sobre la asignación.
- Si usa proveedores de la red del plan o de un proveedor que no tiene contrato con el plan.
- Si necesita cobertura adicional y cuánto cobra el plan por dicha cobertura.
- Si el plan tiene un límite anual para el gasto directo de su bolsillo para todos los servicios médicos. Una vez que haya llegado al límite, ya no tendrá que pagar por los servicios cubiertos.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado.

La definición de las palabras en color [azul](#) se encuentra en las páginas 129–132.

Para obtener más información sobre los costos de un Plan Medicare Advantage específico, visite [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan).

Los tipos de planes Medicare Advantage

HMO

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

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?

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

¿Cubre los medicamentos recetados?

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

¿Debo escoger un **médico de cabecera**?

Sí, en la mayoría de los casos.

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

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

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

- Si su médico u otro proveedor de atención médica abandona el plan, se le notificará. Usted podrá escoger otro médico del plan.
- Si recibe servicios fuera de la red del plan, tendrá que pagar el total del servicio.
- Es importante que cumpla las normas del plan, como obtener una aprobación previa cuando se la requieran.
- Si necesita más información de la que aparece en esta página, verifique con el plan.

PPO

Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico, proveedor de atención médica u hospital?

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

¿Cubre los medicamentos recetados?

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 cabecera**?

No.

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

En la mayoría de los casos no.

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

- Los planes PPO son distintos de las pólizas Medigap o del Medicare Original.
- Los PPO por lo general ofrecen más beneficios de los que ofrece el Medicare Original por un costo adicional.
- Si necesita más información de la que aparece en esta página, verifique con el plan.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

PFFS

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

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?

Usted puede atenderse con cualquier médico o proveedor aprobado por Medicare, o en cualquier hospital que acepte tratarlo y acepte el pago del plan. No todos los proveedores aceptarán los términos del plan. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red de proveedores, puede atenderse con un médico, hospital o proveedor que no pertenezca a la red y que acepte tratar a los miembros del plan, pero tendrá que pagar más.

¿Cubre los medicamentos recetados?

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

¿Debo escoger un **médico de cabecera**?

No.

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

No.

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

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

SNP

Planes para Necesidades Especiales (SNP en inglés)

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico, otro proveedor de la salud 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).

¿Cubre los medicamentos recetados?

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

¿Debo escoger un **médico de cabecera**?

Por lo general, sí.

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

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

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

- Los SNP limitan a sus miembros a: 1) personas que viven en ciertas **instituciones** (como asilos de ancianos) o requieren ese tipo de cuidado en sus hogares, 2) son elegibles para Medicare y Medicaid, o 3) padecen de uno o más problemas de salud crónicos o que los incapaciten (como diabetes, enfermedad renal en etapa terminal, insuficiencia cardíaca, demencia o VIH/SIDA). Los planes pueden limitar aún más a los miembros que aceptan.
- Los planes deben coordinar los servicios y proveedores que usted necesita para mantenerse sano y para seguir las indicaciones de su médico.
- Visite [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.Medicare.gov/find-a-plan) para ver los planes disponibles en su área.
- Si necesita más información de la que aparece en esta página, verifique con el plan.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

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

- Cuando sea elegible para Medicare por primera vez, puede inscribirse durante el Período Inicial de Inscripción. Vea la página 21.
- Si tiene la Parte A y obtiene la Parte B por primera vez durante el Período General de Inscripción, también puede inscribirse en un plan MA. Es posible que su cobertura no comience hasta el 1 de julio. Vea la página 22.
- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, cualquier persona con Medicare puede inscribirse, cancelar o cambiarse de plan MA. Su cobertura entrará en vigencia el 1 de enero, siempre y cuando el plan reciba la solicitud para el 7 de diciembre.

¿Puedo cambiar mi cobertura después del 7 de diciembre?

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

Si regresa al Medicare Original durante este período, tendrá hasta el 14 de febrero para inscribirse también en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados para agregar dicha cobertura. La cobertura comenzará el primer día del mes en que el plan reciba su solicitud.

Durante este período, usted **no puede**:

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

Períodos Especiales de Inscripción

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

- Si se muda fuera del [área de servicio](#) del plan.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir [Ayuda Adicional](#). Vea las páginas 97–98.
- Si vive en un [centro](#) (como un asilo para ancianos).

Período Especial de Inscripción en un plan de 5 estrellas

Entre el 8 de diciembre de 2017 y el 30 de noviembre de 2018, usted puede cambiarse a un plan Medicare Advantage o a un Plan Medicare de Costo (vea la página 77) **con una calificación general de 5 estrellas**. Sólo puede usar este Período Especial de Inscripción una vez durante este período de tiempo. La calificación general para cada plan está disponible en [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan). Consulte la página 120 para más información.

¡Importante!

Usted podría perder su cobertura de recetas médicas si se cambia de un plan MA que la ofrece a otro plan MA o Plan de Costo de 5 estrellas que no ofrece dicha cobertura. En ese caso tendrá que esperar hasta el próximo Período de Inscripción Abierta para obtener la cobertura de los medicamentos recetados y tal vez tenga que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D. Vea las páginas 89–91.

¿Cómo puedo cambiar de plan?

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

- **Para cambiarse a un Plan Medicare Advantage nuevo**, simplemente inscríbese en el plan que ha escogido durante los períodos de inscripción mencionados en las páginas 75–76. Cuando comience la cobertura del nuevo plan, le darán de baja automáticamente de su plan anterior.
- **Para cambiarse al Medicare Original**, comuníquese con su plan actual o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. A menos que tenga otra cobertura de medicamentos, también tendrá que decidir si quiere la cobertura de los medicamentos recetados (Parte D) (para evitar una multa por inscripción tardía) y si quiere comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) si es elegible. Vea la página 79 para más información sobre la compra de una póliza Medigap.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

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

¿Hay otros tipos de planes de salud de Medicare?

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

Planes Medicare de Costo

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

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

Nota: Usted puede agregar o cancelar su cobertura de medicamentos recetados solamente en ciertos momentos. Vea las páginas 84–85.



Para más información sobre los Planes Medicare de Costo, visite el Localizador de planes Medicare en [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan) o llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Vea las páginas 125–128 para obtener el número de teléfono.

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)

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

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

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

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

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

Proyectos de Medicare Innovadores

Medicare desarrolla modelos innovadores, demostraciones y **programas piloto** para probar y medir los efectos de los potenciales cambios en Medicare. Estos programas ayudan a encontrar nuevas formas de mejorar la calidad del cuidado y reduce los costos. Los programas piloto generalmente son para un grupo específico de gente, y/o se ofrecen sólo en áreas específicas y por un tiempo limitado. Si desea más información sobre cómo funcionan llame al programa piloto o a su proveedor de la salud, visite [innovation.cms.gov](https://www.innovation.cms.gov) o llame al 1-800-MEDICARE.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Sección 6:

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

El Medicare Original paga por muchos pero no todos los servicios médicos e insumos. Una póliza Medigap es un seguro, vendido por compañías de seguros privadas, que complementa a Medicare y puede ayudarle a pagar lo que el Medicare Original no cubre, como los [copagos](#), [coseguro](#) y [deducibles](#). **A este seguro suplementario a Medicare se le conoce como póliza Medigap.**

Algunas pólizas Medigap cubren otros beneficios que el Medicare Original no cubre, como la atención médica cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos. Por lo general, las pólizas Medigap no cubren el cuidado a largo plazo (como en un asilo de ancianos), visión, cuidado dental, audífonos, anteojos o una enfermera privada.

Las pólizas de Medigap están estandarizadas

Cada póliza Medigap debe cumplir las leyes federales y estatales promulgadas para protegerlo y debe indicar claramente que es un “Seguro Suplementario a Medicare”. Las compañías de seguro



sólo pueden venderle las pólizas Medigap “estandarizadas” identificadas en la mayoría de los estados por letras A–D, F–G, K–N. Todas las pólizas estandarizadas deben ofrecer la misma cobertura básica y algunas ofrecen beneficios adicionales para que usted escoja la que le convenga más. En Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, están estandarizadas de manera diferente.

¿Cómo puedo comparar las pólizas Medigap?

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

Planes Medigap (seguro suplementario a Medicare)										
Beneficios	A	B	C	D	F*	G	K	L	M	N
El coseguro de la Parte A y los costos del hospital hasta 365 días adicionales, después de haber agotado los beneficios de Medicare	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
El coseguro o copago de la Parte B	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100% **
Sangre (las 3 primeras pintas)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El coseguro o copago de la Parte A del cuidado de hospicio	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El coseguro por el cuidado en un centro de enfermería especializada			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El deducible de la Parte A		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
El deducible de la Parte B			100%		100%					
El sobrecargo (cargos en exceso) por los servicios de la Parte B					100%	100%				
Emergencia en el extranjero (hasta el límite del plan)			80%	80%	80%	80%			80%	80%
							Límite de gastos del bolsillo en 2018			
							\$5,240	\$2,620		

* El plan F también ofrece una opción de deducible alto en algunos estados. Si acepta esta opción, tendrá que pagar los costos cubiertos por Medicare (coseguro, copagos y deducibles) hasta que haya cubierto el deducible de \$2,240 para el 2018, antes de que la póliza Medigap comience a pagar.

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

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

Información importante

- Usted tiene que tener las Partes A y B de Medicare.
- Tendrá que pagar la prima mensual de Medigap a la compañía privada de seguros y además seguirá pagando la prima mensual de la Parte B a Medicare. Comuníquese con la compañía para saber cómo pagar su prima.
- Las pólizas Medigap sólo cubren a una persona. Si su cónyuge quiere dicha cobertura, tendrá que comprar su propia póliza.
- Usted no puede tener la cobertura de las recetas médicas de Medigap y del plan de medicamentos. Vea la página 94.
- Es importante que compare las pólizas dado que los costos pueden variar y en algunas pólizas pueden aumentar a medida que usted envejece. Algunos estados limitan el precio de las primas.
- En algunos estados puede comprar otro tipo de póliza de Medigap llamada SELECT. Si la adquiere, puede cambiar de opinión y volver a la póliza Medigap estándar dentro de los 12 meses.

Cuándo debe comprarla

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

¿Cómo funciona Medigap con los Planes Medicare Advantage?

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

Para más información sobre las pólizas Medigap

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para averiguar cuáles son las pólizas disponibles en su zona.
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para consultar la publicación “Selección de una póliza Medigap: Una guía sobre el seguro de salud para las personas con Medicare”.
- Comuníquese con el Departamento Estatal de Seguro. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar el número de teléfono. También puede obtenerlo en [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts).
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 125–128.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Sección 7:

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

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

La cobertura de las recetas médicas (Parte D) es un beneficio opcional y está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Aun si usted ahora no toma medicinas es importante que se inscriba en uno de estos planes. Si decide no inscribirse en un plan de la Parte D cuando es elegible por primera vez y no tiene otra [cobertura válida de medicamentos](#), o si no recibe [Ayuda Adicional](#) le podrán cobrar una multa si decide inscribirse más tarde. Por lo general, pagará esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Vea las páginas 89–91. Para conseguir esta cobertura debe inscribirse en uno de estos planes ofrecidos por las compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Cada plan varía en cuanto a los costos y a los medicamentos que cubre. Visite el Buscador de Planes de Medicare en [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan), para obtener más información sobre los planes en su área.

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

1. Inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

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

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

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

¡Importante!

Si tiene cobertura de su empleador o sindicato

Llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio o de inscribirse en otro plan. El inscribirse en otra cobertura podría causarle la pérdida de su cobertura de salud y medicamentos de su empleador o sindicato para usted y sus dependientes. Si pierde la cobertura de su empleador o sindicato, es posible que no pueda recuperarla. Si desea saber cómo funciona la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados con otra cobertura de recetas médicas que usted pudiera tener, consulte las páginas 94–96.

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

- Cuando es elegible para Medicare por primera vez, puede inscribirse durante su Período Inicial de Inscripción. Vea la página 21.
- Si obtiene la Parte B por primera vez durante el Período General de Inscripción, puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados a partir del 1 de abril al 30 de junio. Su cobertura comenzará el 1 de julio. Vea la página 22.
- Puede inscribirse, cambiar o cancelar su plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año durante la Inscripción Abierta. Los cambios comenzarán el 1 de enero del año siguiente, siempre que el plan reciba su solicitud para el Período de Inscripción Abierta.
- En cualquier momento si es elegible para un Período Especial de Inscripción. Vea a continuación.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Período Especial de Inscripción

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

- Si se muda fuera del [área de servicio](#) del plan.
- Si pierde su otra [cobertura válida de medicamentos](#).
- Si vive en una [institución/centro](#) (centro de cuidado a largo plazo como un asilo para ancianos).
- Si tiene Medicaid.
- Si puede obtener la [Ayuda Adicional](#). Vea las páginas 97–98.

Período Especial de Inscripción en un plan de 5 estrellas

Usted puede cambiarse a un plan Medicare de medicamentos recetados que tenga una **calificación general de 5 estrellas** del 8 de diciembre de 2017 al 30 de noviembre de 2018. Solamente puede usar este período para cambiarse a un plan de 5 estrellas una vez durante el período mencionado. Las calificaciones de los planes están disponibles en [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.Medicare.gov/find-a-plan).

¡Importante!

Si tiene un Plan Medicare Advantage

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

¿Cómo hago para cambiar mi plan de medicamentos?

Usted puede cambiarse a un nuevo plan Medicare de medicamentos recetados simplemente inscribiéndose en otro plan durante uno de los períodos mencionados en las páginas 84–85. **Usted no tiene que cancelar su antiguo plan.** Su cobertura será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su nuevo plan le enviará una carta avisándole la fecha de inicio de su cobertura.

¿Cómo puedo cancelar mi plan de medicamentos?

Si desea cancelar su plan Medicare de medicamentos recetados y no quiere inscribirse en un plan nuevo, puede hacerlo durante uno de los períodos mencionados en las páginas 84–85. Puede cancelarlo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede mandar una carta al plan informándoles que quiere cancelarlo. Si lo cancela y quiere inscribirse en otro plan más adelante, tendrá que esperar al próximo Período de Inscripción. Tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía si no tiene cobertura válida de medicamentos. Vea las páginas 89–91.

Lea la información que le envía el plan

Si está en un [Plan Medicare Advantage](#), revise la “Evidencia de Cobertura” (EOC, en inglés) y el “Aviso de Cambio Anual” (ACNO, en inglés) que su plan le envía cada año. La EOC le brinda detalles sobre lo que cubre el plan, cuánto paga y más. El ANOC incluye cambios en cobertura, costos, redes de proveedores, área de servicio y más de lo que comenzará en enero. Si no recibe estos documentos importantes antes del inicio de la Inscripción Abierta, comuníquese con su plan.

Lo que usted paga

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

- Los medicamentos que tome y si están en el [formulario](#) del plan (lista de medicamentos) y dependiendo del nivel del medicamento. Vea la página 91.
- El plan que escoja. Recuerde, los costos de los planes pueden cambiar cada año.
- La farmacia que use (ya sea que ofrezca costo compartido preferido o estándar fuera de la red del plan o de pedido por correo).
- Si recibe la [Ayuda Adicional](#) para pagar por la cobertura de la Parte D. Vea las páginas 97–98.

Prima mensual

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

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

¡Importante!

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

Generalmente esa cantidad adicional se deducirá de su cheque del Seguro Social. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB en inglés), la cantidad adicional se deducirá de su cheque del RRB. **Si Medicare o RRB le envían una factura por dicha cantidad, usted debe pagarle esa cantidad a Medicare o a RRB en vez de a su plan.** Si no paga, puede perder su cobertura de la Parte D. No podrá inscribirse en otro plan de inmediato y es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía por el tiempo que tenga la Parte D.

Si tiene que pagar una cantidad adicional y está en desacuerdo (por ejemplo si pasó algo que haya disminuido su ingreso), visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov) o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Deducible anual

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

Copago o coseguro

La cantidad que usted paga por los medicamentos cubiertos después de pagar el deducible (si el plan cobra un deducible). Usted paga su parte y el plan paga la suya. Si tiene que pagar un coseguro, las cantidades pueden variar según el costo de los medicamentos y las cantidades podrían cambiar durante el año.

Interrupción en la cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos tiene una interrupción en la cobertura (conocida como “*donut hole*”). La interrupción comenzará cuando usted y su plan hayan gastado una cierta cantidad en los medicamentos cubiertos. En el 2018, cuando comience su interrupción en la cobertura, usted pagará el 35% del precio del plan por los medicamentos de marca cubiertos y 44% por los medicamentos genéricos hasta el final de la interrupción en la cobertura. No todas las personas llegarán a la interrupción en la cobertura porque lo que gastan en medicamentos no es suficiente.

Los gastos (a veces llamados costos reales de su bolsillo o TrOOP, en inglés) que **cuentan** para salir de la interrupción son:

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

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

Algunos planes ofrecen reducciones de costos compartidos durante la interrupción y descuentos para los medicamentos de marca y genéricos. Sin embargo, estos planes pueden cobrarle una prima más cara. Pregúntele al plan si pagará por sus medicamentos durante la interrupción en la cobertura.

Cobertura catastrófica

Una vez que salga del período de interrupción en la cobertura, usted recibirá automáticamente la “cobertura catastrófica” y solamente pagará un coseguro o copago pequeño por sus medicamentos por el resto del año.

Nota: Si recibe **Ayuda Adicional**, para pagar por la cobertura de sus recetas médicas, algunos de estos costos no se aplicarán. Vea las páginas 97–98.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

¡Importante!

Visite [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.Medicare.gov/find-a-plan) para obtener los costos específicos de los planes de medicamentos, y luego llame al plan que le interesa para obtener detalles. Si necesita ayuda para compararlos, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 125–128.

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

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

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

Hay 3 formas de evitar el pago de la penalidad:

- 1. Inscríbase en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando sea elegible por primera vez.** Incluso si no toma medicamentos recetados ahora, usted debe considerar inscribirse en un plan de medicamentos para evitar la penalidad. Usted podría encontrar un plan que se adapte a sus necesidades con primas mensuales reducidas o libre de primas. También puede obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un ([Plan Medicare Advantage](#)). Consulte las páginas 4–6 para obtener más información sobre sus opciones.
- 2. Inscríbase en un plan de medicamentos recetados de Medicare si pierde otra cobertura válida.** La cobertura válida de medicamentos puede incluir la que usted tiene a través de su empleador o sindicato, TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos, del Servicio Médico para Indígenas o de otro seguro médico. El plan le avisará cada año si la cobertura que tiene es válida. Si pasa más de 63 días seguidos sin cobertura u otra cobertura válida de medicamentos, podría tener que pagar una penalidad por inscripción tardía.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

3. **Avísele a su plan de recetas médicas de Medicare si tiene otra cobertura de medicamentos.** Si no le informa al plan sobre su cobertura válida, puede que tenga que pagar una penalidad por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

¿Cuánto más tendré que pagar?

El costo de la multa dependerá del período de tiempo durante el cual estuvo sin una **cobertura válida de medicamentos**. En la actualidad, la cantidad se calcula multiplicando el 1% de la “prima básica nacional” (\$35.02 en el 2018) por el número de meses sin cobertura en los que fue elegible para inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados y no lo hizo, ni tuvo otra cobertura válida de medicamentos. La cantidad final se redondea al punto decimal más próximo (\$.10) y se agrega a su prima mensual. Dado que la “prima básica nacional del beneficiario” (prima promedio nacional) puede aumentar cada año, la multa también puede aumentar cada año. Luego de inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, el plan le informará si debe pagar multa y el costo de su prima.

Ejemplo: La Sra. Vilches no se inscribió cuando fue elegible por primera vez—para junio 2015 y no tiene ninguna otra cobertura de medicamentos. Se inscribió en un plan Medicare de medicamentos recetados durante el Período de Inscripción Abierta de 2017 y su cobertura comenzó el 1 de enero de 2018.

Como la Sra. Vilches no se inscribió cuando fue elegible por primera vez y estuvo 30 meses sin otra cobertura válida de medicamentos, desde julio 2015 a diciembre 2017, se le cobrará una multa mensual de \$10.50 en el 2018 (**\$35.02** (la prima básica nacional para 2018) x .01 (1% por cada mes sin cobertura) = **\$.3502** x 30 = **\$10.50** además de la prima mensual del plan. **\$10.50 = la multa mensual por inscripción tardía para la Sra. Vilches para 2018.**

Si está en desacuerdo con la cantidad de la penalidad

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

Si necesita ayuda, hable con su plan de medicamentos.

¿Cuáles son los medicamentos que están cubiertos?

La información sobre la lista de medicamentos cubiertos ([formulario](#)) no se incluye en esta publicación porque cada plan tiene su propio formulario. Muchos planes Medicare de medicamentos recetados clasifican sus medicamentos por “Niveles” o “Categorías”. Las medicinas en cada nivel tienen precios distintos. Por ejemplo, un medicamento de un nivel más bajo por lo general le costará menos que uno de un nivel más alto. En algunos casos, si el medicamento que usted necesita está en un nivel alto y su médico (u otro proveedor de la salud autorizado para recetar) piensa que usted necesita dicho medicamento en vez de uno similar pero de un nivel más bajo, puede solicitar una excepción y pedirle al plan que le cobre un [copago](#) menor. Para obtener más información sobre las exenciones, vea la página 106.

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

¡Importante!

Cada mes que usted renueva una receta, el plan le envía una Explicación de Beneficios (EOB en inglés). Vea el resumen y fíjese que no tenga errores. Si tiene preguntas o ha encontrado errores, llame a su plan. Si tiene una sospecha de fraude, llame al Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). Si desea más información sobre el MEDIC, consulte la página 115.

Los planes pueden tener las normas de cobertura siguientes:

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Antes de llenar sus recetas, su plan de medicamentos de Medicare también hará revisiones adicionales de seguridad, como la verificación de cantidades peligrosas de medicamentos para el dolor con opioides.

Si su médico o usted piensa que deberían eximirlo de alguna de estas normas, puede solicitar una excepción. Vea la página 106.

¿Le renuevan su receta automáticamente por correo?



Algunas personas utilizan la “entrega automática” que le proporciona su suministro automáticamente cuando se le está por acabar el medicamento. Para asegurarse de que aún necesita el medicamento, los planes deben obtener su autorización antes de renovarlo, excepto si usted lo pide o solicita un medicamento nuevo. Asegúrese de darle al plan su información de contacto para que puedan pedirle la autorización. El plan no le enviará el medicamento automáticamente a menos que usted le confirme que desea recibirlo. Si recibe un medicamento automáticamente por correo que no desea y la compañía no se comunicó con usted para ver si quería el medicamento antes de enviarlo, es posible que usted sea elegible para un reembolso.

Programa de Control de la Terapia de Medicamentos

Los planes Medicare con cobertura de medicamentos recetados ofrecen servicios adicionales para el Control de la de Terapia de Medicamentos (MTM en inglés) a los miembros que cumplen ciertos requisitos. Los miembros que califican pueden obtener estos servicios MTM para ayudarles a entender cómo administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura. Los servicios de MTM ofrecidos pueden variar en algunos planes. Los servicios de MTM son gratuitos y generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de la salud para revisar sus medicamentos. El farmacéutico o proveedor puede hablar con usted sobre:

- Qué tan bien están funcionando sus medicamentos
- Si sus medicamentos tienen efectos secundarios
- Si puede haber interacciones entre los medicamentos que está tomando
- Si sus costos pueden ser reducidos
- Otros problemas que esté teniendo

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

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

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

Cobertura de empleador o sindicato—Cobertura de salud para usted, su cónyuge u otro familiar de su empleador anterior o actual o sindicato. Si tiene la cobertura de medicamentos por su empleo actual o anterior, su empleador o sindicato le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es válida. **Guarde estas notificaciones.** Si desea más información llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio.

Nota: Si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, usted, su cónyuge o sus dependientes podrían perder la cobertura médica de su empleador o sindicato.

COBRA—Es una ley federal que podría permitirle que mantenga la cobertura médica de un empleador o sindicato, una vez que su empleo se haya terminado o después de haber perdido su cobertura como dependiente de un empleado. Tal y como se explica en las páginas 22–23, hay varios motivos por los que debería aceptar la Parte B en vez de o además de COBRA. Sin embargo, si acepta COBRA con **cobertura válida de medicamentos**, se le otorgará un Período Especial de Inscripción para que se inscriba en un plan Medicare de medicamentos recetados sin tener que pagar la multa una vez que termine la cobertura de COBRA. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para averiguar si COBRA es una buena opción para usted. El número aparece en las páginas 125–128.

Pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) con cobertura de recetas médicas—Tal vez le convenga más inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados porque la mayoría de la cobertura de recetas médicas de las pólizas Medigap no son consideradas cobertura válida de medicamentos, y si más tarde decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía. Vea las páginas 89–91. Las pólizas Medigap ya no pueden venderse con la cobertura de las recetas médicas. Si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados y se queda con la póliza Medigap, la compañía de seguro Medigap debe quitar la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos de la póliza y reducir la **prima**. Si desea más información, llame a su compañía de seguro Medigap.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 8:

Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y medicamentos recetados

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

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

Nota: La [Ayuda Adicional](#) no está disponible en Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, las Islas Marianas del Norte o Samoa estadounidense. Vea la página 102 para obtener información sobre los programas disponibles en esas zonas.

La Ayuda Adicional, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos (LIS), es un programa de Medicare para ayudarles a las personas de bajos ingresos y recursos a pagar por su cobertura de medicamentos. Usted puede obtener este subsidio si su ingreso anual y sus recursos están por debajo de los límites establecidos para el 2017:

- Para una persona soltera—Ingresos por debajo de \$18,090 y recursos menores a \$13,820 al año
- Para una persona casada que vive con su cónyuge y sin otros dependientes—Ingresos por debajo de \$24,360 y recursos menores a \$27,600 al año

Estas cantidades pueden cambiar en el 2018. Usted podría ser elegible aun si su ingreso es mayor (por ejemplo si sigue trabajando, vive en Alaska o Hawái o tiene dependientes que viven con usted). Los recursos incluyen el dinero que tenga en una cuenta corriente o en una cuenta de ahorro, acciones y bonos, fondos jubilatorios individuales (IRA en inglés). **No** incluyen su vivienda, automóvil, la sepultura y hasta \$1,500 para gastos de entierro (por persona), muebles y otros artículos del hogar o el seguro de vida.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Si es elegible para la [Ayuda Adicional](#) y se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, obtendrá:

- Ayuda con los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare.
- No tendrá una interrupción en la cobertura.
- No le cobrarán la multa por inscripción tardía.
- Podrá cambiar de plan en cualquier momento. Cualquier cambio que haga entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

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

- Tiene la cobertura completa de Medicaid.
- Recibe ayuda de Medicaid para pagar las [primas](#) de la Parte B (está en un Programa de Ahorros de Medicare). Consulte las páginas 97–99.
- Recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés).

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

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

Si no desea inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados (porque por ejemplo sólo desea la cobertura de su empleador o sindicato), llame al plan mencionado en la carta o al 1-800-MEDICARE. Dígales que no quiere inscribirse en un plan de medicamentos recetados (que usted “opta por no hacerlo”). Si aún es elegible para recibir Ayuda Adicional, o si la cobertura de su empleador o sindicato es [cobertura válida de medicamentos](#), no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

¡Importante!

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

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

- Visitando [socialsecurity.gov/i1020](https://www.socialsecurity.gov/i1020) para solicitarla por Internet.
- Llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Los beneficiarios elegibles pagarán en el 2018 un máximo de \$3.35 por cada medicamento genérico y \$8.35 por cada medicamento de marca. Fíjese en las cartas que le mandan sobre la Ayuda Adicional o comuníquese con su plan para averiguar el precio exacto.

Para obtener respuesta a sus preguntas sobre la Ayuda Adicional y para que le ayuden a escoger un plan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el teléfono en las páginas 125–128. También puede llamar al 1-800-MEDICARE. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

Programas de ahorros de Medicare

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

Hay 4 tipos de programas de ahorros:

1. **El programa Medicare para el Beneficiario Calificado (QMB)**—Le ayuda a pagar las **primas** de las Partes A y/o B. Además, los proveedores de Medicare no están autorizados a cobrarle por **deducibles**, **coseguros** y **copagos** cuando recibe servicios y suministros cubiertos por Medicare, excluyendo los medicamentos para pacientes ambulatorios. Sin embargo, los farmacéuticos pueden cobrarle hasta una cantidad limitada (no más de \$3.70 en 2017) por medicamentos recetados cubiertos por la Parte D de Medicare (Si usted tiene el programa QMB, automáticamente tiene la Ayuda Adicional. Consulte la página 97.)

Para asegurarse de que su proveedor sabe que tiene QMB, muestre su tarjeta de Medicare y Medicaid o su tarjeta de QMB cada vez que reciba atención. Si recibe una factura por servicios médicos cubiertos por Medicare, llame a su proveedor sobre los cargos. Si tiene Original Medicare, muéstrele a su proveedor su Resumen de Medicare (vea la página 63). Éste mostrará que usted tiene QMB y no debe ser facturado. Dígales que usted participa en el programa QMB y no se le debe facturar por deducibles, coseguro y copagos de Medicare. Si esto no resuelve el problema de facturación, llame al 1-800-MEDICARE. Medicare le pedirá al proveedor que detenga la facturación incorrecta y le reembolsen los pagos que haya hecho. Llame a su plan si tiene un Plan MA.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

2. **El programa Medicare para los Beneficiarios de Bajos Ingresos (SLMB)**—Le ayuda a pagar la **prima** de la Parte B solamente.
3. **El programa de Medicare para los Individuos Calificados (QI)**—Le ayuda a pagar la prima de la Parte B solamente. Usted debe solicitar los beneficios del programa cada año y los beneficios se otorgan por orden de llegada.
4. **Programa para los Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI)**—Le ayuda a pagar la prima de la Parte A solamente. Usted puede beneficiarse con este programa si está incapacitado y trabaja.

¡Importante!

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

¿Cuáles son los requisitos?

En la mayoría de los casos, para calificar para un Programa de Ahorros de Medicare, debe tener ingresos y recursos por debajo de cierto límite.

Muchos estados calculan sus ingresos y recursos de manera diferente, por lo que debe consultar con su estado para ver si califica.

Si desea más información

- Llame o visite la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) y pida información sobre los Programas Medicare de Ahorros. Para obtener los números de teléfonos para su estado visite [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono aparece en las páginas 125–128.

Medicaid

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

¿Qué cubre Medicaid?

- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid casi todos los costos de sus servicios médicos estarán cubiertos. La cobertura de Medicare puede obtenerla del Medicare Original o de un [Plan Medicare Advantage](#) (como un HMO o PPO).
- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid, Medicare cubrirá las recetas médicas (Parte D). Medicaid pagará por algunos medicamentos y otros servicios que Medicare no cubre.
- Las personas que tienen Medicaid podrían obtener ciertos servicios que Medicare cubre parcialmente o no cubre totalmente, como los servicios del asilo para ancianos, el cuidado personal y los servicios en el hogar o en la comunidad.

¿Cuáles son los requisitos?

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

Planes piloto para las personas que tienen Medicare y Medicaid

Medicare está trabajando con algunos estados y planes médicos para ofrecer estos [planes piloto](#) (conocidos como planes Medicare/Medicaid). Si le interesa inscribirse en uno de estos planes, visite [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.Medicare.gov/find-a-plan) para averiguar si es elegible y si hay un plan en su zona. También puede comunicarse con su oficina local de Medicaid para más información.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs en inglés)

Varios estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a ciertos beneficiarios a pagar por sus medicamentos recetados basándose en sus necesidades económicas, su edad o problema médico. Para averiguar cuáles son los SPAP en su estado y cómo trabajan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono aparece en las páginas 125–128.

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

Muchas empresas farmacéuticas ofrecen ayuda para las personas que tienen la cobertura Medicare de recetas médicas y cumplen ciertos requisitos. Para averiguar sobre los Programas de Ayuda Farmacéutica, visite [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program).

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE es un programa de Medicare y Medicaid ofrecido en muchos estados, para que las personas que necesitan el nivel de servicios que recibirían en un asilo para ancianos, permanezcan en sus comunidades. Para más información consulte la página 78.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés)

SSI es una prestación mensual en efectivo del Seguro Social para las personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. SSI no es lo mismo que el beneficio del Seguro Social para jubilados.

Visite [benefits.gov/ssa](https://www.benefits.gov/ssa) y consulte el Buscador 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 pueden llamar al 1-800-325-0778.

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

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

Son programas para los residentes de Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana con ingresos y recursos limitados, que les ayudan a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estos territorios. Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para obtener información. Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Sección 9:

Conozca sus derechos y aprenda a protegerse del fraude

¿Cuáles son mis derechos si tengo Medicare?

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

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

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

Los planes de salud y medicamentos de Medicare pueden decidir que no participarán en el programa Medicare el año próximo. En estos casos la cobertura de su plan terminará después del 31 de diciembre. Antes del Período de Inscripción Abierta, su plan le enviará una carta con sus opciones. Si esto sucede:

- Usted puede escoger otro plan cuya cobertura comience el 1 de enero, si se inscribe entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- **Usted tendrá un derecho de inscripción especial para otro plan de salud hasta el 28 de febrero de 2018.**
- Tendrá el derecho de comprar ciertas pólizas de Medigap dentro de los 63 días después de que termine su cobertura del plan.

¿Qué es una apelación?

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

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



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

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

¿Cómo hago para apelar una decisión?

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

Si está inscrito en el Medicare Original

1. Obtenga el “Resumen de Medicare” (MSN) que muestra el suministro o servicio por el que está apelando. Vea la página 63.
2. Haga un círculo alrededor del artículo o servicio que aparece en el “Resumen de Medicare” con el que está en desacuerdo y detalle en el MSN las razones por las que está en desacuerdo. También puede explicar los motivos en una página separada y adjuntarla al MSN.
3. Firme el “Resumen de Medicare”, incluya un número de teléfono y su número de Medicare en el MSN. Haga una copia y guárdela en su archivo personal.
4. Envíe el “Resumen de Medicare” o una copia del mismo a la dirección del contratista de Medicare que aparece en el MSN. También puede enviar información adicional que tenga y que ayude a su caso. O puede llenar y enviar el Formulario 20027 de CMS al contratista mencionado en el MSN. Para ver o imprimir el formulario visite [CMS.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf](https://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para que le envíen una copia por correo. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
5. Usted debe apelar la decisión en los 120 días siguientes a la fecha en que recibe el MSN.

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

Si está inscrito en un plan de salud de Medicare

El plazo para presentar una apelación puede ser diferente al de Medicare Original. Entérese cómo hacer para apelar leyendo los documentos que le manda el plan cada año, llámelos o visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).

En algunos casos podrá solicitar una apelación acelerada. Lea los documentos del plan y consulte la página 107.

Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados

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

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

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

¿Cómo solicito una determinación de cobertura?

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

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

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

¡Importante!

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

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

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

Al solicitar una apelación acelerada, una organización independiente decidirá si el servicio debe continuar o no.

¿Dónde puedo obtener ayuda para solicitar una apelación?

Usted puede designar un representante para ayudarle. Su representante puede ser un miembro de la familia, amigo, defensor, abogado, médico o alguien que actúe en su nombre. Si desea información, visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals). También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) si necesita ayuda para apelar. Encontrará el número de teléfono en las páginas 125–128.

Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN en inglés)

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

¿Qué ocurre si me entregan un ABN?

- Le pedirán que decida si quiere recibir los servicios mencionados en el ABN.
- Si decide obtener dichos servicios, tendrá que pagar por ellos de su bolsillo si Medicare no lo hace.
- Le pedirán que lo firme e indique que ha leído y entendió el contenido del ABN.
- Los proveedores de servicios de salud y los abastecedores no tienen (aunque pueden hacerlo) que entregarle un ABN para los servicios que Medicare nunca cubre. Vea la página 59.

- Un ABN no es una denegación oficial de cobertura de Medicare. Si el pago es denegado, puede apelar la decisión. Sin embargo, usted tendrá que pagar por los artículos o servicios por los que está apelando si es que Medicare decide que dichos artículos o servicios no están cubiertos (y no tiene otro seguro que sea responsable por el pago).

¿Me pueden entregar un ABN por otros motivos?

- También puede recibir un ABN del centro de enfermería especializada, cuando el centro cree que Medicare ya no cubrirá la estadía, otros artículos o servicios.
- Le pueden dar un ABN para el equipo médico e insumos que son parte del Programa de Oferta Competitiva DMEPOS (vea la página 44) y no se lo provee un proveedor contratado por Medicare.

¿Qué ocurre si no me han dado un ABN?

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

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

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) y consulte la publicación “Las apelaciones a Medicare”.
- Si está inscrito en un [plan de Medicare](#), llame al plan para averiguar si un determinado servicio o suministro será cubierto.

Su derecho al acceso de su información de salud

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Por ley, usted o su representante legal tiene el derecho de ver y/o obtener copias de su información médica de los proveedores que lo atienden o de los planes que pagan por su cuidado, incluyendo Medicare. Usted también tiene el derecho de pedirle a su proveedor o plan que envíe copias de su información a un tercero de su preferencia, como por ejemplo, a otros proveedores que lo tratan, un miembro de la familia, un investigador, o a una “aplicación” móvil que usted utiliza para administrar su información de salud.

Esto incluye:

- Reclamaciones y facturas
- Información relacionada con su inscripción en planes médicos, incluyendo Medicare
- Registros médicos y de administración de casos (con excepción de las notas de psicoterapia)
- Cualquier otro registro con información que los médicos o planes utilizan para tomar decisiones sobre su salud



Es posible que tenga que llenar un formulario para solicitar ésta información y pagar una tarifa razonable por las copias. Sus proveedores o planes deben informarle del costo total cuando haga el pedido. Si no, pregunte. La tarifa sólo puede ser por la labor, materiales y franqueo de las copias (si es necesario). En la mayoría de los casos, no se le debe cobrar por la revisión, búsqueda, descarga o el envío de su información a través de un portal electrónico.

Por lo general, usted puede obtener su información en papel o electrónicamente. Si sus proveedores o planes almacenan su información de forma electrónica, éstos pueden enviarle copias electrónicas si esa es su preferencia.

Usted tiene el derecho de obtener su información a la mayor brevedad, pero puede tardar hasta 30 días satisfacer su pedido.

Para más información, visite [hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html](https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html).

¿Cómo usa Medicare mi información personal?

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

Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad de 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 médica personal. También le debe entregar este aviso para explicarle cómo usará o divulgará su información médica personal.

Medicare le brindará información a:

- Usted u otra persona que actúe (designado) como su representante legal
- La Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si fuese necesario
- 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:

- Contratistas Administrativos de Medicare usan su información para pagar o denegar las reclamaciones, cobrar las **primas**, compartir sus beneficios de pago con otros seguros o preparar su “**Resumen de Medicare**”.
- Podemos utilizar su información para que usted y otros beneficiarios obtengan atención médica de calidad, para brindar servicio al cliente, para solucionar cualquier problema que tenga o para comunicarse con usted para un proyecto de investigación.

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

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

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

Usted tiene derecho a:

- Ver y pedir una copia de su información médica en poder de Medicare.
- Solicitar que hagan los cambios necesarios si la información está equivocada o si falta información y Medicare está de acuerdo. Si Medicare no está de acuerdo, usted puede agregar una declaración donde exprese su desacuerdo con su información médica personal.
- Obtener una lista de quienes recibirán de Medicare su información médica personal. La lista no indicará la información personal que se le haya proporcionado a usted o a su representante legal, la que fue divulgada para pagar por su cuidado, para el funcionamiento de Medicare o a los agentes que velan por el cumplimiento de la ley.
- Pedirle a Medicare que se comunique con usted de otra manera o en un lugar diferente (por ejemplo, enviándole materiales a un Apartado Postal [P.O. Box] en vez de a su casa).
- Pedirle a Medicare que limite el modo en que se usa o se divulga su información médica para pagar las reclamaciones y para el funcionamiento del programa Medicare. Tenga presente que tal vez Medicare no esté de acuerdo con este pedido.
- Estar informado sobre cualquier incumplimiento de su información médica.
- Obtener una copia impresa de este aviso.
- Para hablar con un representante de servicio al cliente sobre nuestro aviso de privacidad, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si piensa que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja de privacidad con:

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.
- El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), Oficina de Derechos Civiles (OCR). Visite hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint.

El presentar una queja no afecta su cobertura de Medicare.

La ley nos obliga a cumplir con los términos de este aviso. Medicare tiene el derecho de cambiar el modo en que su información personal se usa o divulga. Si hacemos un cambio, le enviaremos un aviso por correo dentro de los 60 días del cambio.

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

Aviso de Disponibilidad de Ayuda y Servicios Auxiliares

Estamos comprometidos a ofrecerles nuestros programas, beneficios, servicios, dependencias, información y su tecnología en cumplimiento con las Secciones 504 y 508 de la Ley de Rehabilitación de 1973. Tomaremos las medidas necesarias para asegurar de que las personas incapacitadas, entre los que se incluyen los que tiene problemas auditivos, son sordos, ciegos, tienen problemas visuales u otro tipo de limitaciones, tengan las mismas oportunidades de participar y aprovechar los programas y beneficios disponibles. Nosotros ofrecemos varios servicios y ayuda para facilitar la comunicación con las personas incapacitadas incluyendo:

- **Servicios de retransmisión de mensajes** — Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **Formatos accesible** — Los productos de Medicare, incluyendo este manual, están disponible en letra grande, Braille y audio o como libro electrónico. Para solicitar el manual en un formato alternativo, visite [Medicare.gov/medicare-and-you](https://www.Medicare.gov/medicare-and-you).
 - Para pedir una publicación de Medicare en un formato alternativo, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
 - Para todas las otras publicaciones de CMS:
 1. Llame al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-844-716-3676.
 2. Envíe un fax al 1-844-530-3676.
 3. Envíe un correo electrónico a altformatrequest@cms.hhs.gov.
 4. Envíe una carta a:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI en inglés)
7500 Security Boulevard, Room S1-13-25
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Personal de Recursos de Accesibilidad para el Cliente

Nota: Su pedido debe incluir su nombre, número telefónico, dirección postal donde se debe enviar el producto, título y número de la publicación, si lo tiene. También incluya el formato que necesita, como Braille, letra grande, CD de audio o un lector cualificado.

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, niegan beneficios o discriminan contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, género o edad. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles:

- Llamando al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.
- Visitando hhs.gov/ocr/civilrights/complaints.
- Escribiendo a la:

Oficina de Derechos Civiles del
Departamento de Salud y Servicios Humanos
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

¿Cómo puedo protegerme del robo de identidad?

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

Sólo proporcione información personal, como su número de Medicare, a médicos, aseguradores o planes que actúen en su nombre o personas de confianza de la comunidad que trabajan con Medicare, como su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). No comparta su número de Medicare u otra información personal con nadie que se comunique con usted por teléfono, correo electrónico o en persona. Medicare, o alguien que represente a Medicare, solo le llamará en situaciones limitadas:

- Un plan de salud o medicamentos de Medicare puede llamarle si ya es miembro del plan. El agente que le ayudó a inscribirse también puede llamarle.

- Un representante de servicio al cliente de 1-800-MEDICARE puede llamarle si ha llamado y ha dejado un mensaje, o un representante dijo que alguien le devolvería la llamada. Si sospecha del robo de identidad o cree que le ha entregado su información personal a alguien que no debía, llame al departamento de policía local y a la línea para el robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338 para hacer una denuncia. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-653-4261. Para obtener más información sobre el robo de identidad visite ftc.gov/idtheft.

¿Cómo puedo protegerme y proteger a Medicare del fraude?

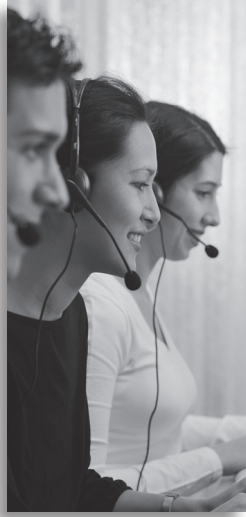
El fraude y abuso contra Medicare puede costarle a los contribuyentes miles de millones de dólares cada año.

El fraude contra Medicare ocurre cuando se le cobra a Medicare por servicios o suministros que usted nunca recibió. Cuando reciba servicios médicos, anote las fechas y guarde los recibos y documentos que recibe del proveedor de la salud para ver si hubo errores. Si piensa que hay un error, para averiguar cómo se facturó haga lo siguiente:

- Si está inscrito en el Medicare Original, revise su “Resumen de Medicare” (MSN) para ver cuáles son los servicios que le cobraron a Medicare. Si está inscrito en un [plan de salud de Medicare](#), pregúntele al plan.
- Pídale a su médico o proveedor un informe detallado sobre cada servicio o suministro. Se lo debe entregar en un plazo de 30 días.
- Visite MiMedicare.gov y vea sus reclamaciones (si está inscrito en el Medicare Original). Sus reclamaciones generalmente aparecen en este sitio web a las 24 horas de haber sido procesadas. También puede descargar la información sobre sus reclamaciones usando el “botón azul” de Medicare. Vea la página 120. Si lo desea puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Si se ha comunicado con el proveedor y sospecha que se le está cobrando a Medicare por un servicio o insumo que no recibió, o si no conoce al proveedor que figura en la reclamación llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Para más información sobre cómo protegerse y proteger a Medicare, así como consejos para detectar y denunciar el fraude, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o comuníquese con su programa SMP local. Para más información sobre el programa SMP, visite [smpresource.org](https://www.smpresource.org) o llame al 1-877-808-2468.

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

Los planes deben cumplir los reglamentos

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

¡Importante!

Llame al 1-800-MEDICARE para denunciar a cualquier plan:

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

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

Usted podría ganar dinero si lucha contra el fraude

Si cumple ciertos requisitos, usted podría ser recompensado por luchar contra el fraude. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Investigar una denuncia de fraude toma tiempo

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

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

El “intermediario” (ombudsman) es una persona que evalúa los problemas y ayuda a resolverlos.

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

Si desea más información sobre cómo el Intermediario de Medicare puede ayudarle, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Sección 10:

Si desea más información

¿Dónde puedo obtener ayuda personalizada?

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

Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048

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

- Hable claramente y siga las indicaciones de voz para elegir la categoría que mejor se adapte a sus necesidades.
- Tenga a mano su tarjeta de Medicare y esté listo para dar su número de Medicare.
- Cuando le pidan su número de Medicare, diga claramente los números uno a la vez. También puede ingresar su número de Medicare usando las teclas del teléfono. El sistema le preguntará cuál es la letra en su número de Medicare.
- Si necesita ayuda en un idioma distinto al inglés o español, o necesita solicitar una publicación de Medicare en un formato accesible (como en letra grande o en braille), comuníquese con el representante de servicio al cliente.

¡Importante!**¿Necesita que alguien llame al 1-800-MEDICARE por usted?**

Puede llenar una “Autorización para divulgar información médica personal” así Medicare le dará su información personal de salud a otra persona diferente a usted. Puede obtener una copia del formulario en [Medicare.gov/medicareonlineforms](https://www.Medicare.gov/medicareonlineforms) u obtener el formulario llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Tal vez le convenga hacer esto ahora en caso de que no pueda hacerlo más adelante.

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

Si en el futuro desea recibir una sola copia, llame al 1-800-MEDICARE. Si desea una copia electrónica del manual, visite [Medicare.gov/gopaperless](https://www.Medicare.gov/gopaperless).

Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)

Estos son programas estatales que reciben dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita a las personas con Medicare. Los SHIP son programas independientes que no tienen relación con ningún seguro o plan médico, los voluntarios de SHIP trabajan para ayudarlo con las siguientes inquietudes y preguntas:

- Sus derechos si está inscrito en Medicare
- Sus problemas con la facturación
- Las quejas sobre su atención o tratamiento médico
- Sus opciones de planes
- La manera en que Medicare trabaja con su otro seguro
- Encontrar ayuda para pagar sus costos médicos

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

El número de teléfono aparece listado en las páginas 125–128. Si desea ser un asesor voluntario de SHIP, llame al SHIP de su estado para obtener información.

¿Dónde puedo obtener información general sobre Medicare?

Visite Medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos en su zona, incluyendo los costos y los servicios que proveen.
- Busque médicos, proveedores de la salud y suplidores 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 servicios de los planes, médicos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados, los asilos para ancianos, cuidado a largo plazo, hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis.
- Obtenga números de teléfono y sitios web útiles.

¿Dónde puedo obtener información personalizada sobre Medicare?

Inscríbese en MiMedicare.gov

- Controle su información médica (como sus problemas de salud, alergias o dispositivos implantados).
- Inscríbese para recibir su “Resumen de Medicare” (eMSN) y este manual electrónicamente. Si los solicita electrónicamente, ya no recibirá copias impresas.
- Administre la información sobre sus medicamentos y farmacia.
- Haga una lista de sus proveedores preferidos y vea la información sobre la calidad de los servicios que prestan. También puede seleccionar su médico de cabecera de Medicare que usted piensa es responsable del cuidado de su salud en general. Al hacer esta selección, su médico principal puede estar más capacitado para involucrarlo en las decisiones de salud, en última instancia, mejorar su administración general de su cuidado y resultados de salud.
- Controle las reclamaciones al Medicare Original y el pago del [deducible](#) de la Parte B.



Acceda a su información médica personal usando el “Botón azul” de Medicare. El mismo le permitirá descargar las reclamaciones de las Partes A y B de 12–36 meses y 12 meses de reclamaciones de la Parte D. Esta información le ayudará a tomar decisiones informadas y les permitirá a sus proveedores obtener una visión más completa de su historial clínico. Visite [MiMedicare.gov](https://www.medicare.gov) para inscribirse y usar el “Botón azul”.

¿Cómo puedo comparar la calidad de los planes y proveedores del cuidado de la salud?

Medicare obtiene información sobre la calidad y la seguridad de los servicios brindados por la mayoría de los [planes de salud de Medicare](#) y proveedores (y centros).

Visite [Medicare.gov/quality-care-finder](https://www.medicare.gov/quality-care-finder) y use las herramientas de comparación para obtener un panorama sobre la calidad de los servicios brindados por y proveedores (y facilidades) a sus pacientes. Algunas de las herramientas tienen un sistema de clasificación por estrellas que le permite comparar las mediciones sobre la calidad que sean importantes para usted. Si desea más información:

- Pregúntele a su plan o a su proveedor qué hace para garantizar y mejorar la calidad del cuidado. Todo plan o proveedor debe tener una persona disponible para hablar con usted sobre la calidad del cuidado.
- 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 del cuidado que se encuentran en las herramientas de comparación en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

El buscador de planes de Medicare en [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan) cuenta con un sistema de calificación de estrellas para los planes de salud y medicamentos de Medicare. La Calificación General del Plan presenta un puntaje global de la calidad y desempeño de los tipos de servicios que ofrece cada plan:

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Para los planes con cobertura de salud, este es un puntaje general de la calidad de servicios médicos/cuidado de la salud de acuerdo a 5 categorías:

1. **Mantenerse saludable—Exámenes, pruebas y vacunas:** Incluye si los miembros reciben evaluaciones médicas, vacunas y otros controles médicos para mantenerse saludables.
2. **Manejo y control de enfermedades crónicas (de larga duración):** Incluye la frecuencia con la que los miembros con ciertas enfermedades recibieron pruebas y tratamientos recomendados para ayudarles a controlar su condición.
3. **Experiencia de los miembros con el plan de salud:** Incluye las calificaciones de los miembros del plan.
4. **Quejas y cambios en el rendimiento del plan:** Incluye la frecuencia con la que Medicare encontró problemas con el plan y la frecuencia con la que los miembros presentaron quejas acerca del plan. Incluye cuánto ha mejorado el servicio del plan (si ha mejorado) con el tiempo.
5. **El servicio al cliente del plan:** Incluye que tan bien el plan maneja las apelaciones de los miembros.

Para los planes con cobertura de medicamentos recetados, este es un puntaje general de la calidad de los servicios relacionados con la prescripción de medicamentos de acuerdo a 4 categorías:

1. **El servicio al cliente del plan de medicamentos recetados:** Incluye qué tan bien el plan maneja las apelaciones de los miembros.
2. **Quejas y cambio en el rendimiento del plan de medicamentos recetados:** Incluye la frecuencia con la que Medicare encontró problemas con el plan y la frecuencia con la que los miembros presentaron quejas acerca del plan. Incluye cuanto ha mejorado el servicio del plan (si ha mejorado) con el tiempo.
3. **Las experiencias de los miembros con el plan de medicamentos recetados:** Incluye las calificaciones de los miembros del plan.
4. **Uso seguro y precios exactos de los medicamentos:** Incluye que tan precisa es la información del plan sobre los precios de los medicamentos y con qué frecuencia los miembros con ciertas enfermedades médicas obtienen medicamentos considerados seguros y clínicamente recomendados para sus condiciones médicas.

Para los planes con cobertura de salud y medicamentos, este es un puntaje general de la calidad y desempeño de acuerdo a todos los temas antes mencionados.

Compare la calidad de los servicios proporcionados por los planes de salud y de medicamentos y por los proveedores a nivel nacional, en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamando al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono las páginas 125–128.

¿Qué hace Medicare para coordinar mejor mi atención médica?

Medicare sigue buscando maneras para coordinar mejor su atención médica y para garantizarle que reciba los mejores servicios posibles.

Estos son algunos ejemplos de cómo **sus proveedores de servicios de salud** pueden mejorar la coordinación de su atención médica:

Archivos Médicos Electrónicos (EHR en inglés)—Un archivo que su médico y otros proveedores de la salud, el personal del consultorio o del hospital, mantienen en una computadora con la información sobre su salud o tratamientos.

- Los EHR pueden reducir las probabilidades de que se cometan errores médicos, eliminar la duplicación de exámenes y mejorar la calidad general de la atención médica.
- Los EHR pueden enlazar al hospital, laboratorio, farmacia y otros proveedores para que obtengan información actualizada sobre su salud.

Recetas electrónicas—Una herramienta para que su médico, proveedor o cualquier persona autorizada para recetar, envíe su receta electrónicamente a la farmacia. Las recetas electrónicas pueden ahorrar dinero, tiempo y son seguras.

Organizaciones Responsables de la Atención Médica/ Organizaciones Responsables por el Cuidado de la Salud (ACO en inglés)—Estas organizaciones están formadas por un equipo de proveedores de la salud que aceptan trabajar en forma conjunta con Medicare para brindar servicios más coordinados y mejorar la atención de los pacientes.

La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 129–132.

Si usted está inscrito en el Medicare Original y su médico decide participar en una ACO, se le informará cuando visite el consultorio médico. Usted verá un cartel con información sobre la participación de su médico en una ACO. Si lo desea, su médico también le dará esta información por escrito.

Para ayudarle a obtener un cuidado coordinado y de calidad, Medicare compartirá cierta información de salud con las ACOs que trabajan con sus médicos y otros proveedores de salud acerca del cuidado que recibe de sus médicos y otros proveedores. Al igual que Medicare, las ACOs deben poner salvaguardias importantes en el lugar para asegurarse de que su información médica esté segura.

El cartel en la oficina de su médico (o notificación por escrito) le informará si el médico o la ACO le ha pedido a Medicare tener acceso a su información sobre el cuidado que recibe a través de Medicare. Con la información que Medicare comparte, los médicos y proveedores de la salud de la ACO pueden tener un cuadro completo de su salud y estar en mejores condiciones para coordinar su cuidado.

Usted puede pedirle a Medicare que no comparta cierta información con la ACO sobre el cuidado que recibió de sus médicos y otros proveedores de la salud. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y díganos que no quiere compartir esta información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede cambiar sus preferencias sobre cómo comparte su información médica en cualquier momento. Incluso si solicita a Medicare que no comparta su información, Medicare seguirá usando su información con otros propósitos como evaluar el desempeño financiero y de calidad de servicios de la ACO. Además, Medicare puede compartir su información con ACO cuando mide la calidad de los servicios brindados por los proveedores que participan en esas ACO.

Sus beneficios, servicios y protecciones de Medicare no cambiarán si su médico participa en una ACO o usted le pide a su médico no compartir su información. Usted podrá tratarse con cualquier médico u hospital que acepte Medicare en cualquier momento, tal y como lo hace ahora.

Si desea más información sobre las ACOs, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Hay otras maneras de obtener información sobre Medicare?

Publicaciones

Visite [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) para ver, imprimir o descargar copias de los folletos, hojas informativas o panfletos de Medicare sobre distintos temas. También puede llamar al 1-800-MEDICARE. Las publicaciones están disponibles en otros formatos sin cargo. Vea la página 112 para más información.

Medios de comunicación social

Manténgase actualizado y conéctese con otros beneficiarios de Medicare al seguirnos en Facebook ([facebook.com/Medicare](https://www.facebook.com/Medicare)) y Twitter ([Twitter.com/MedicareGov](https://www.twitter.com/MedicareGov)).

Videos

Visite [YouTube.com/cmsshsgov](https://www.youtube.com/cmsshsgov) para ver videos sobre una amplia gama de temas en el canal YouTube de Medicare.

Blogs

Visite [blog.medicare.gov](https://www.blog.medicare.gov) para noticias actualizadas y otra información de nuestros sitios web.

¿Desea obtener esta información electrónicamente?

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

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

Visite [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) para descargar la versión digital del manual a su lector electrónico. Esta opción está disponible para todos los lectores electrónicos. Usted puede obtener la misma información de la versión impresa, en un formato fácil de leer que puede llevar con usted a cualquier lado. Usted continuará recibiendo una copia impresa del manual por correo aun si descarga la versión digital.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

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

Alabama

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-800-243-5463

Alaska

Medicare Information Office
1-800-478-6065
TTY: 1-800-770-8973

Arizona

Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-800-432-4040

Arkansas

Senior Health Insurance Information Program (SHIIP)
1-800-224-6330

California

California Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)
1-800-434-0222

Colorado

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-888-696-7213

Connecticut

Connecticut Program for Health Insurance Assistance, Outreach, Information & Referral, Counseling, and Eligibility Screening (CHOICES)
1-800-994-9422

Delaware

Delaware Medicare Assistance Bureau
1-800-336-9500

Florida

SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders)
1-800-963-5337
TTY: 1-800-955-8770

Georgia

GeorgiaCares Program
1-866-552-4464

Guam

Guam Medicare Assistance Program (GUAM MAP)
1-671-735-7415

Hawaii

Hawaii SHIP
1-888-875-9229
TTY: 1-866-810-4379

Idaho

Senior Health Insurance Benefits
Advisors (SHIBA)
1-800-247-4422

Illinois

Senior Health Insurance Program
(SHIP)
1-800-252-8966
TTY: 1-888-206-1327

Indiana

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-452-4800
TTY: 1-866-846-0139

Iowa

Senior Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-800-351-4664
TTY: 1-800-735-2942

Kansas

Senior Health Insurance
Counseling for Kansas (SHICK)
1-800-860-5260

Kentucky

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-877-293-7447

Louisiana

Senior Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-800-259-5300

Maine

Maine State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-262-2232

Maryland

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-243-3425

Massachusetts

Serving Health Insurance Needs
of Everyone (SHINE)
1-800-243-4636
TTY: 1-877-610-0241

Michigan

MMAP, Inc.
1-800-803-7174

Minnesota

Minnesota State Health
Insurance Assistance Program/
Senior LinkAge Line
1-800-333-2433

Mississippi

MS State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-948-3090

Missouri

CLAIM
1-800-390-3330

Montana

Montana State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-551-3191

Nebraska

Nebraska Senior Health
Insurance Information Program
(SHIIP)
1-800-234-7119

Nevada

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-307-4444

New Hampshire

NH SHIP - ServiceLink Aging
and Disability Resource Center
1-866-634-9412

New Jersey

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-792-8820

New Mexico

New Mexico ADRC/SHIP
1-800-432-2080

New York

Health Insurance Information
Counseling and Assistance
Program (HIICAP)
1-800-701-0501

North Carolina

Seniors' Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-855-408-1212

North Dakota

State Health Insurance
Counseling (SHIC)
1-888-575-6611
TTY: 1-800-366-6888

Ohio

Ohio Senior Health Insurance
Information Program (OSHIIP)
1-800-686-1578
TTY: 1-614-644-3745

Oklahoma

Oklahoma Medicare Assistance
Program (MAP)
1-800-763-2828

Oregon

Senior Health Insurance Benefits
Assistance (SHIBA)
1-800-722-4134

Pennsylvania

APPRISE
1-800-783-7067

Puerto Rico

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-877-725-4300
TTY: 1-787-919-7291

Rhode Island

Senior Health Insurance Program
(SHIP)
1-401-462-0510

South Carolina

(I-CARE) Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders
1-800-868-9095

South Dakota

Senior Health Information & Insurance Education (SHIINE)
1-800-536-8197

Tennessee

TN SHIP
1-877-801-0044
TTY: 1-800-848-0299

Texas

Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP)
1-800-252-9240

Utah

Senior Health Insurance Information Program (SHIP)
1-800-541-7735

Vermont

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-800-642-5119

Virgin Islands

Virgin Islands State Health Insurance Assistance Program (VI SHIP)
(STX) 1-340-772-7368

Virginia

Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP)
1-800-552-3402

Washington

Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA)
1-800-562-6900
TTY: 1-360-586-0241

Washington D.C.

Health Insurance Counseling Project (HICP)
1-202-994-6272

West Virginia

West Virginia State Health Insurance Assistance Program (WV SHIP)
1-877-987-4463

Wisconsin

Wisconsin SHIP
1-800-242-1060
TTY: 1-888-758-6049

Wyoming

Wyoming State Health Insurance Information Program (WSHIIP)
1-800-856-4398

Sección 11:

Definiciones

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

Asignación—Es un acuerdo por el cual su médico, suplidor, abastecedor o proveedor acepta directamente el pago de Medicare por la cantidad aprobada por Medicare para los servicios, y acepta no cobrarle al paciente más que la cantidad del deducible y el coseguro de Medicare.

Ayuda Adicional—Es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de la cobertura de sus recetas médicas, como por ejemplo las primas, deducibles y coseguro.

Cantidad aprobada por Medicare—En el Medicare Original, es la cantidad que puede recibir en pago un médico o proveedor que acepta la asignación. Puede ser menor que la cantidad que le cobra su médico o proveedor. Medicare paga parte de la cantidad y usted es responsable por la diferencia.

Centro de rehabilitación para paciente interno—Un hospital, o parte de un hospital que brinda un programa intensivo de rehabilitación para los pacientes internados.

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

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

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

Cuidado a largo plazo—Una variedad de servicios que ayudan a las personas con sus necesidades no médicas durante un período de tiempo. El cuidado a largo plazo se puede brindar en el hogar, comunidad o en distintos tipos de centros, como asilos de ancianos y centros de vida asistida. Las personas pueden necesitar cuidado y servicios a largo plazo a cualquier edad. Medicare no paga este cuidado si es el único tipo de cuidado que necesita.

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

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF en inglés)—Cuidado de enfermería especializada y de rehabilitación brindado a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado de SNF incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que sólo pueden ser administradas por una enfermera registrada o médico.

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

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

Formulario—La lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan de medicamentos o por otro seguro que ofrezca la cobertura de las recetas médicas.

Hospital de acceso crítico—Un centro médico pequeño que ofrece servicios ambulatorios y de internación limitados a personas en zonas rurales.

Hospital de cuidado a largo plazo—Hospitales de atención aguda que brindan tratamiento a los pacientes que deben permanecer internados más de 25 días. La mayoría de los pacientes son transferidos de las unidades de cuidado intensivo o crítico. Los servicios proporcionados incluyen rehabilitación general, terapia respiratoria, tratamiento para traumatismo de cráneo y control del dolor.

Institución/Centro—En esta publicación se considera como institución a un centro para el cuidado de la salud a corto o largo plazo, por ejemplo un asilo de ancianos o un centro de enfermería especializada o un hospital de rehabilitación. Las residencias privadas o grupales no se consideran como instituciones.

Médico de atención primaria—Es un médico que tiene una especialidad primaria en medicina familiar, medicina interna, medicina geriátrica, o medicina pediátrica; o una enfermera, enfermera clínica especializada, o un asistente médico.

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

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

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

Plan de salud de Medicare—Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle a los beneficiarios inscritos todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Este término incluye a todos los Planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costo y los programas piloto. Los programas PACE son un tipo especial de plan de salud de Medicare que puede ser ofrecido por una entidad pública o privada y que además de los servicios de las Partes A y B, también ofrecen los beneficios de la Parte D.

Plan Medicare—Se refiere a cualquier plan que no sea el Medicare Original, mediante el cual usted recibe los beneficios de salud y de medicamentos de Medicare. El término incluye todos los planes de salud de Medicare y los Planes Medicare de Medicamentos Recetados.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—El Plan Medicare Advantage es un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que celebra contratos con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Los planes Medicare Advantage incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud, organizaciones de proveedores preferidos, planes privados de pago por servicio, planes por necesidades especiales y planes de cuentas de ahorro médico de Medicare. Si usted está inscrito en el plan Medicare Advantage, posee cobertura de los servicios de Medicare a lo largo del plan y no se paga a través de Original Medicare. La mayoría de los planes Medicare Advantage brindan cobertura de medicamentos recetados.

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

Profesional de atención principal / Proveedor de cuidados primarios—Un médico con especialización en la medicina interna o cuidado familiar, geriátrico o pediatría, una enfermera clínica especializada o un asistente médico.

Programas piloto—Proyectos especiales a veces también conocidos como “estudios investigativos” que prueban mejoras en la cobertura, los precios y la calidad de los servicios de Medicare. Generalmente se llevan a cabo por un tiempo limitado, para un grupo específico de beneficiarios y en ciertas zonas.

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

Servicios preventivos—Servicios médicos para prevenir enfermedades o hacer una detección temprana de las mismas, que es cuando con el tratamiento se obtienen los mejores resultados (por ejemplo, la prueba Papanicolaou, vacuna contra la gripe y las mamografías).

Ayuda en otros idiomas

Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

العربية (Arabic) إن كان لديك أو لدى شخص تُساعده أسئلة بخصوص Medicare فإن من حَقك الحصول على المساعدة و المعلومات بلغتك من دون أي تكلفة. للتحدث مع مترجم إتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

հայերեն (Armenian) Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Medicare-ի մասին, ապա Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

中文 (Chinese-Traditional) 如果您，或是您正在協助的個人，有關於聯邦醫療保險的問題，您有權免費以您的母語，獲得幫助和訊息。與翻譯員交談，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

فارسی (Farsi) اگر شما، یا شخصی که به او کمک می‌رسانید سوالی در مورد اعلامیه مختصر مدیکردارید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید. برای مکالمه با مترجم با این شماره زیر تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Français (French) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions au sujet de l'assurance-maladie Medicare, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et de l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Deutsch (German) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Medicare haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Kreyòl (Haitian Creole) Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen kesyon konsènan Medicare, se dwa w pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san pou pa peye pou sa. Pou w pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Italiano (Italian) Se voi, o una persona che state aiutando, volete chiarimenti a riguardo del Medicare, avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete, chiamate il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

日本語 (Japanese) Medicare (メディケア) に関するご質問がある場合は、ご希望の言語で情報取得し、サポートを受ける権利があります (無料)。通訳をご希望の方は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話ください。

한국어(Korean) 만약 귀하나 귀하가 돕는 어느 분이 메디케어에 관해서 질문을 가지고 있다면 비용 부담이 없이 필요한 도움과 정보를 귀하의 언어로 얻을 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다. 통역사와 말씀을 나누시려면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오.

Polski (Polish) Jeżeli Państwo lub ktoś komu Państwo pomagają macie pytania dotyczące Medicare, mają Państwo prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Aby rozmawiać z tłumaczem, prosimy dzwonić pod numer telefonu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Português (Portuguese) Se você (ou alguém que você esteja ajudando) tiver dúvidas sobre a Medicare, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, gratuitamente. Para falar com um intérprete, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Русский (Russian) Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу программы Медикэр (Medicare), вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tagalog (Tagalog) Kung ikaw, o ang isang tinutulungan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Medicare, ikaw ay may karapatan na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong lengguwahe ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tiếng Việt (Vietnamese) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Mantenga esta publicación a la mano para usarla como referencia.

La información del manual era correcta al momento de su impresión. Sin embargo, tal vez se hayan hecho cambios posteriormente. Para obtener la información actualizada visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.

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

Pagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 10050-S
Noviembre 2017

PRSR STD
POSTAGE & FEES
PAID CMS
PERMIT NO. G-845

Manual Nacional de Medicare

¿Tiene un nuevo domicilio? Visite socialsecurity.gov o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. Si recibe beneficios del RRB, llame al 1-877-772-5772. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-312-751-4701.

Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés o español, llame al 1-800-MEDICARE y diga “Agente” (“Agent”). Cuando le comuniquen dígame al representante cuál es el idioma que desea.

Medicare valora su opinión. Si tiene comentarios generales sobre esta publicación, envíenos un correo electrónico a medicareandyou@cms.hhs.gov. Lamentablemente no podemos responder a cada comentario, pero los tendremos en cuenta al redactar las versiones futuras.

