

Guía sencilla sobre Medicare

Medicare Explicado es creado para usted por
sus amigos de UnitedHealthcare®

United
Healthcare



Estamos aquí para ayudarle.

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



Descripción general de Medicare

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



Cobertura y costos

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



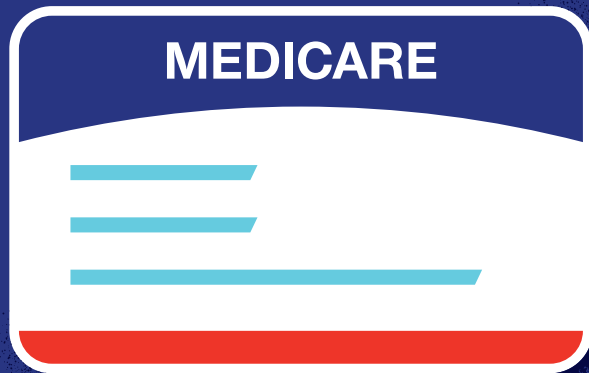
Inscripción

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



Recursos

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



El primer paso es averiguar si cumple los requisitos

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

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

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

Además, usted debe cumplir uno de los siguientes requisitos:

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

Cuándo hay que inscribirse:

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



Medicare no es Medicaid

Tanto Medicare como Medicaid son programas del gobierno. Los dos programas ayudan a las personas a pagar el cuidado de la salud. Pero allí es donde terminan las similitudes. Medicare por lo general es para personas mayores o discapacitadas. Medicaid es para personas con ingresos y recursos limitados. Medicare depende del gobierno federal. Los programas de Medicaid dependen de los estados.

¿Cumple 65 años de edad?

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

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

Inscríbase temprano

La cobertura comienza el primer día del mes en que cumple 65 años si su inscripción se completa durante los 3 primeros meses de su período de inscripción inicial. Comienza el mes anterior si su cumpleaños es el primer día del mes. La fecha de inicio de su cobertura se puede demorar si se inscribe más tarde.

Usted tiene opciones

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

Si usted tiene una discapacidad o condición médica

Se lo inscribirá automáticamente en las Partes A y B de Medicare después de 24 meses de discapacidad. Igualmente tendrá un período de inscripción inicial de 7 meses. El momento de inscripción para las personas con enfermedad renal en etapa terminal o esclerosis lateral amiotrófica se basa en el momento de diagnóstico y en otros factores.

¿Trabaja después de los 65 años?

Igualmente tiene un Período de Inscripción Inicial

Usted tiene decisiones que tomar sobre Medicare a los 65 años aunque tenga cobertura a través de un plan del empleador (su empleador o el de su cónyuge que trabaja). Su período de inscripción inicial tiene lugar cuando usted cumple 65 años, ya sea que continúe trabajando o no. Según la cobertura del empleador que tenga, es posible que pueda posponer la inscripción en Medicare sin una multa.

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

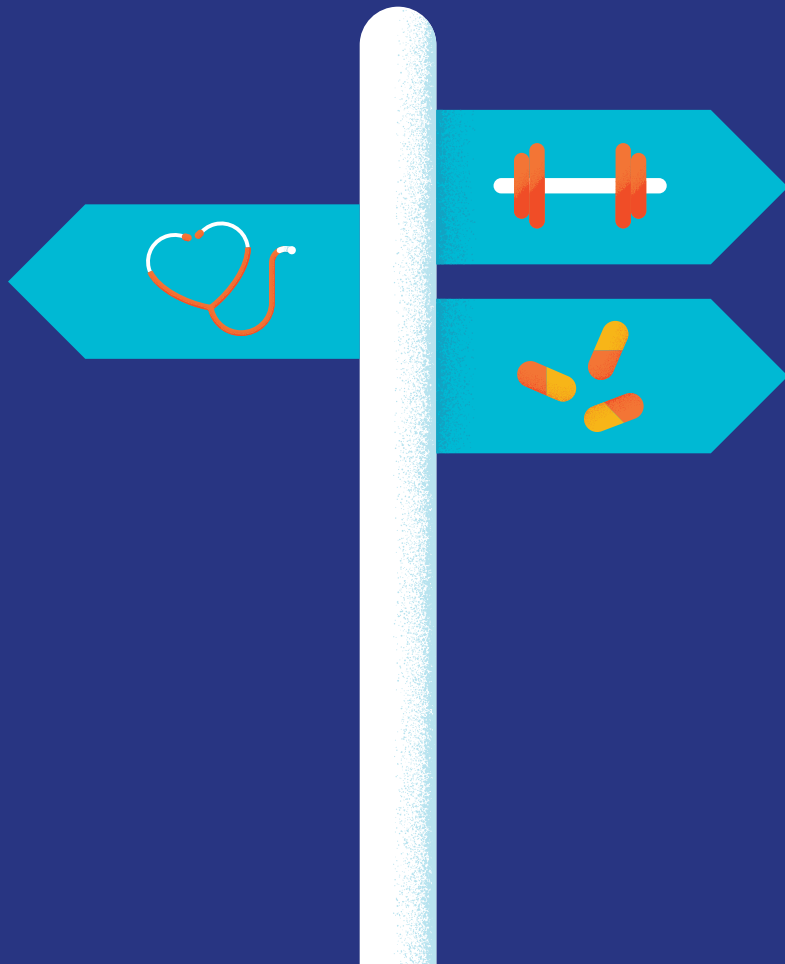
Quizás pueda posponer la inscripción si:

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

Preste atención a los detalles

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

Ahora, veamos sus principales opciones de cobertura



Puede quedarse con Medicare Original o adquirir más cobertura

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

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



Planes de medicamentos con receta (Parte D)

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



Planes de seguro complementario de Medicare

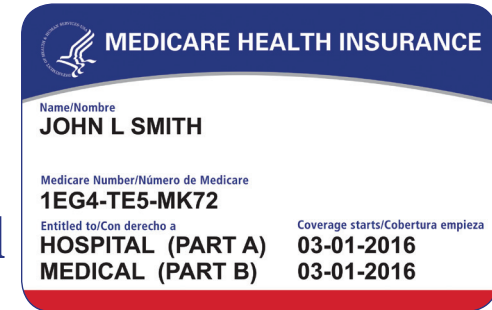
Los planes de seguro complementario de Medicare (Medigap) ayudan a pagar algunos de los gastos de su bolsillo de Medicare Original.



Planes Medicare Advantage (Parte C)

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

Opciones de cobertura de Medicare



Paso uno

En primer lugar, debe inscribirse en Medicare Original

Proporcionado por el gobierno federal



Parte A

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



Parte B

Ayuda a pagar las visitas al médico y el cuidado como paciente ambulatorio

Paso dos

Ahora, puede mirar opciones de cobertura adicional

Ofrecidos por compañías de seguros privadas

Opción 1



Plan de la Parte D de Medicare

Ayuda a pagar los medicamentos con receta

Opción 2



Plan Medicare Advantage (Parte C)

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

Y también puede agregar:



Seguro Complementario de Medicare (Medigap)

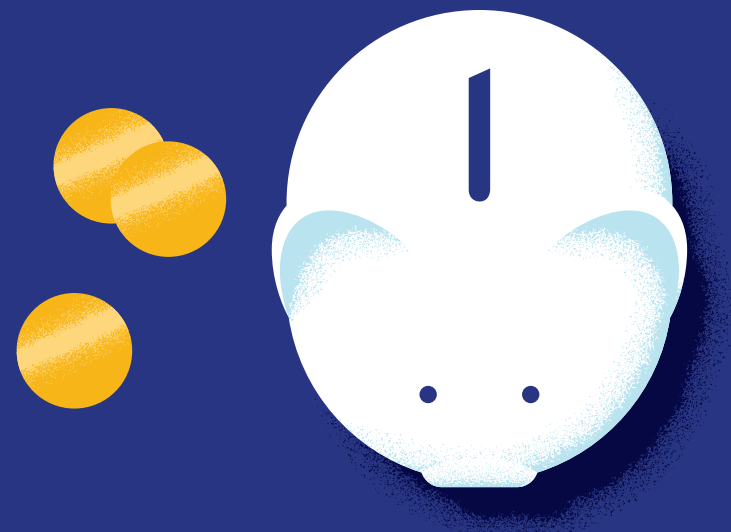
Ayuda a pagar algunos gastos de su bolsillo que no están cubiertos con Medicare Original



Generalmente, incluye cobertura de medicamentos con receta (Parte D)



Es posible que ofrezca beneficios adicionales, como cobertura dental y de la vista



Asegúrese de considerar todos sus costos

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

Costos que puede pagar con Medicare:

Prima

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

Deducible

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

Por ejemplo:

\$500

Usted paga hasta un límite

El plan paga el resto

Copago

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

Por ejemplo:

\$20

Usted paga una cantidad fija

El plan paga el resto

Coseguro

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

Por ejemplo:

20%

Usted paga un porcentaje

El plan paga el resto

Averigüe si califica para obtener ayuda financiera

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

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

Medicaid

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

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

Programa Ayuda Adicional

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

Programas de Ahorros de Medicare

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

Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (PACE)

El programa PACE combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para personas mayores frágiles que viven en la comunidad, y no en un asilo de convalecencia. Este programa no está disponible en todos los estados.



El ingreso incluye:

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

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



Visite es.medicare.gov

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

Es posible que haya otros programas de asistencia en su estado



Parte A de Medicare

La Parte A cubre las estadías en el hospital y la mayoría de los servicios para pacientes hospitalizados

La cobertura incluye:

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

Costos de la Parte A

Prima

\$0

por mes

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

De lo contrario, su prima podría ser de hasta:

\$471

Por mes

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

Deducible

\$1,484

Por período de beneficios

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

Coseguro

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

Además, copagos por:

Estadías en el hospital

\$0
Días 0–60

\$371
Por día
Días 61–90

\$742
Por día
Días 91+

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

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

Centros de enfermería especializada

\$0
Días 1–20

\$185.50
Por día
Días 21-100

Cuidados paliativos

Los copagos durante los cuidados paliativos en el hogar pueden incluir hasta \$5 por receta para el manejo del dolor y de los síntomas.



Parte B de Medicare

La Parte B cubre el cuidado en una clínica o en un hospital como paciente ambulatorio

La cobertura incluye:

- Visitas al médico, incluso en el hospital
- Visita de bienestar anual
- Servicios del centro de cirugía ambulatoria
- Servicios de la sala de emergencias y de ambulancia
- Servicios de enfermería especializada
- Servicios preventivos, como vacunas antigripales o mamografías
- Servicios de laboratorio clínico, como análisis de sangre y pruebas de orina
- Radiografías, imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (CT), electrocardiogramas (EKG) y algunas otras pruebas de diagnóstico
- Algunos programas de salud, como programas para dejar de fumar, asesoramiento sobre obesidad y rehabilitación cardíaca
- Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje
- Pruebas de detección de la diabetes, educación sobre diabetes y determinados suministros para la diabetes
- Cuidado de salud mental
- Equipo Médico Duradero para usar en el hogar, como sillas de ruedas y andadores

Es posible que algunos servicios tengan limitaciones. Los servicios preventivos y las pruebas de detección están cubiertos en regímenes establecidos, como por ejemplo una vacuna antigripal anual. Otros servicios y suministros cubiertos deben ser médicamente necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad o condición.

Costos de la Parte B

Prima

\$148.50 – \$504.90

Por mes

La Parte B tiene una prima mensual que, o bien se deduce de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social, o usted paga directamente a Medicare. La cantidad que usted paga puede variar según su ingreso declarado a fines impositivos de dos años atrás. Los costos de la prima mensual de la Parte B van de \$148.50 a \$504.90.

Usted pagará la cantidad estándar si:

- Se inscribe por primera vez en 2021
- No está recibiendo beneficios del Seguro Social
- Sus primas se le facturan directamente a usted
- Usted tiene Medicare y Medicaid, y Medicaid paga sus primas

Usted puede pagar menos si:

Usted se inscribió en la Parte B en 2020 o antes y los pagos de su prima se deducen de su cheque del Seguro Social.

Usted puede pagar más si:

Usted pagará una cantidad del ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) si su ingreso declarado de 2019 fue superior a \$88,000 para individuos o \$176,000 para parejas.



Visite [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov) para obtener más información sobre IRMAA.

Deducible

\$203

Por año

Coseguro

20%

de los servicios cubiertos

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

Cantidad aprobada por Medicare:

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

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

Los médicos que no aceptan la asignación pueden cobrar más que la cantidad aprobada por Medicare y facturarle la diferencia. La cantidad adicional que pueden facturar, llamada «cargos en exceso», se basa en lo siguiente:

- Medicare reduce la cantidad aprobada por Medicare un 5%
- Medicare paga el 80% y usted paga el 20% de la cantidad reducida
- El médico puede cobrarle una cantidad adicional, hasta 15% de la cantidad aprobada por Medicare reducida

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

Multa por Inscripción Tardía de la Parte A

10%
de la prima

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

Por ejemplo

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

$$\begin{array}{ccccccc} \boxed{2} & \times & 2 & = & \boxed{4} & & \\ \text{Años de} & & & & \text{Años de} & & \\ \text{demora} & & & & \text{multa} & & \end{array}$$

Multa por Inscripción Tardía de la Parte B

10%
de la prima

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

Por ejemplo

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

$$\begin{array}{ccccccc} \boxed{10\%} & \times & \boxed{3} & = & \boxed{30\%} & & \\ \text{de la prima} & & \text{Años de} & & \text{Multa total} & & \\ \text{de la Parte B} & & \text{demora} & & & & \end{array}$$

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



La mayor parte del cuidado fuera de los Estados Unidos



Gastos personales mientras esté hospitalizado, como TV o teléfono



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



Cuidado a largo plazo



Los días en un hospital psiquiátrico después de ciertos límites establecidos



Días en el hospital después de límites establecidos



Exámenes de la vista, anteojos o lentes de contacto



Exámenes de audición o aparatos auditivos



Exámenes dentales, limpiezas, radiografías o cuidado dental de rutina



La mayoría de los medicamentos con receta



Beneficios de bienestar, como membresías en un gimnasio



Parte C de Medicare

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

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



Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D



Exámenes de audición o aparatos auditivos



Exámenes dentales, limpiezas, radiografías o cuidado dental de rutina



Exámenes de la vista, anteojos o lentes de contacto



Beneficios de bienestar, como membresías en un gimnasio



Los beneficios varían según el plan y podrían incluir otros beneficios adicionales, como transporte a citas médicas y visitas virtuales.

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

Los planes Medicare Advantage a menudo no tienen prima

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

El lugar en donde reciba el cuidado puede afectar sus costos

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

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

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

Explicación del máximo de gastos de su bolsillo

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

Los planes pueden tener diferentes máximos de gastos de su bolsillo siempre que la cantidad no exceda el límite máximo de gastos de su bolsillo del año que establece Medicare. Este límite puede cambiar todos los años. Para 2021, es de \$7,550.

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

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

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

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

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



Red

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



Costos adicionales

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



Referencias

PUEDE requerir que obtenga una referencia para servicios especializados.

Planes de Punto de Servicio (POS)



Red

Un tipo de plan HMO que le permite consultar médicos e ir a hospitales fuera de la red del plan para algunos servicios cubiertos.



Costos adicionales

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



Referencias

PUEDE requerir o **NO** que obtenga una referencia para servicios especializados.

Planes de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO)



Red

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



Costos adicionales

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



Referencias

NO requiere que obtenga una referencia para servicios especializados.

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

Planes Privados de Tarifa por Servicio (PFFS)



Elección del Proveedor

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



Diseño del Plan

Varía en cuanto a la cobertura y los costos.



Referencias

NO requiere que obtenga una referencia para servicios especializados.

Planes para Personas con Necesidades Especiales (SNP)



Diseño del Plan

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

- Planes para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid
- Planes para Personas con Necesidades Especiales Crónicas (C-SNP) para personas que viven con condiciones crónicas graves o discapacitantes
- Planes para Personas con Necesidades Especiales Institucionales (I-SNP) para personas que viven en un centro de enfermería especializada contratado
- Planes para Personas con Necesidades Especiales Equivalentes a los Institucionales (IE-SNP) para personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada y necesitan la misma clase de cuidado que aquellas que viven en un centro de enfermería especializada



Cuidado Adicional

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

Planes de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (MSA)



Diseño del Plan

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



Cobertura

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



Receta

NO incluye cobertura de medicamentos con receta.



Parte D de Medicare

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

La cobertura incluye:



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



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



Vacunas disponibles comercialmente no cubiertas por la Parte B

Los planes de la Parte D generalmente no cubren:

- Los medicamentos no indicados en el formulario de un plan
- Los medicamentos recetados para anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Recetas para fertilidad, disfunción eréctil o para fines estéticos
- Vitaminas y minerales con receta
- Medicamentos sin receta (por ej., medicamentos de venta libre)

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

Las páginas siguientes abarcarán lo que necesita considerar al elegir un plan de la Parte D, por ejemplo:



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

1

Los costos varían según el plan y el proveedor

2

Cada plan tiene su propio formulario (lista de medicamentos)

3

Algunos planes tienen farmacias de la red



Encontrará explicaciones de costos de medicamentos específicos en los documentos Resumen de Beneficios o Evidencia de Cobertura de cada plan de la Parte D

4

Sus costos pueden variar de acuerdo con la etapa de medicamentos en la que se encuentre



Una nota para los veteranos

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

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

Cada plan negocia los precios con los fabricantes de medicamentos y las farmacias. Sus tarifas de copagos y coseguro se basan en estos precios y en pautas establecidas por Medicare.

Prima

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

Deducible

Es posible que algunos planes —de la Parte D o Medicare Advantage— cobren un deducible y otros no. Los planes también pueden tener un deducible para determinados medicamentos y no para otros. Las cantidades del deducible pueden variar de un plan a otro y de un nivel de medicamentos a otro. Sin embargo, Medicare establece todos los años una cantidad máxima del deducible que los planes de la Parte D pueden cobrar. El límite del deducible anual para 2021 es de \$445.

Copago

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

Coseguro

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



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

Si un plan tiene una red de farmacias, sus costos pueden ser diferentes si usted surte una receta fuera de la red.



Además, los planes pueden ofrecer el servicio de pedidos por correo, que brinda oportunidades de ahorro de costos.

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

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

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

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

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

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

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

Los costos de su medicamento pueden variar según los niveles de medicamentos del plan

| Niveles del Formulario | Nivel 1 | \$ |
|---|---------|------------|
| En general, los medicamentos en los niveles bajos cuestan menos que los medicamentos en los niveles altos. Además, los planes pueden cobrar un deducible por determinados niveles de medicamentos y no por otros, o bien, la cantidad del deducible puede diferir según el nivel. | Nivel 2 | \$\$ |
| | Nivel 3 | \$\$\$ |
| | Nivel 4 | \$\$\$\$ |
| | Nivel 5 | \$\$\$\$\$ |

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

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

Durante el año, usted puede pasar por diferentes etapas de cobertura de medicamentos

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

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

| Deducible Anual | Cobertura Inicial | Etapa Sin Cobertura (intervalo en la cobertura) | Cobertura de Gastos Médicos Mayores |
|--|---|---|---|
| <p>Usted paga sus medicamentos hasta alcanzar el deducible de su plan</p> <p>Si su plan no tiene un deducible, su cobertura comienza con la primera receta que surta.</p> | <p>Usted paga un copago o coseguro, y su plan paga el resto</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,130 en 2021.</p> | <p>Usted paga el 25% del costo tanto para medicamentos de marca como genéricos en 2021</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los gastos totales de su bolsillo alcancen los \$6,550 en 2021.</p> | <p>Usted paga un pequeño copago o coseguro</p> <p>Usted permanece en esta etapa durante el resto del año del plan.</p> |

La Etapa Sin Cobertura (intervalo en la cobertura) se inicia cuando usted y su plan han pagado hasta un determinado límite por sus medicamentos en un año.

Cuando usted está en esta etapa, usted paga una parte más grande que antes de los costos de sus medicamentos con receta. Usted saldrá de la Etapa Sin Cobertura solo cuando la cantidad total que usted y otros en su nombre hayan pagado por sus medicamentos alcance otro límite establecido. Los límites para ingresar y salir de la Etapa Sin Cobertura los establece Medicare, como también qué cuenta para alcanzar los límites, y esto puede cambiar todos los años.

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

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

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

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

¿Qué son los costos totales de los medicamentos?

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

¿Qué son los gastos de su bolsillo?

La cantidad que usted (u otros en su nombre) paga por sus medicamentos con receta cubiertos más la cantidad del descuento que proporcionan los fabricantes de medicamentos sobre medicamentos de marca cuando usted está en la tercera etapa de cobertura, la Etapa Sin Cobertura (intervalo en la cobertura). Las primas de su plan no están incluidas en esta cantidad.

Multa por inscripción tardía de la Parte D

1%

de la prima

La multa de la Parte D es un 1% adicional de la prima promedio de la Parte D por cada mes que usted pospuso la inscripción. Usted paga la multa todos los meses durante el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos con receta.

Por ejemplo

Si usted pospuso la inscripción 18 meses, pagará un adicional del 1% de la prima de la Parte D.

$$\begin{array}{ccc} \mathbf{18} & \times & \mathbf{1\%} = \mathbf{18\%} \\ \text{Meses de} & & \text{Multa} \\ \text{demora} & & \text{mensual} \end{array}$$

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

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



Medigap

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

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

Todos incluyen cobertura total o parcial para:

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

Algunos planes también pueden ayudar a pagar:

- Deducible de la Parte A
- Deducible de la Parte B*
- Costos de cuidado de emergencia en viajes al extranjero hasta los límites del plan
- Coseguro por cuidado en un centro de enfermería especializada de la Parte A

*No disponible para las personas que empiezan a cumplir los requisitos a partir de 2020

Los planes Medigap establecen sus propios costos de primas

Prima

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

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

Planes diferentes pagan costos diferentes

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

Algunos planes dividen ciertos costos con usted hasta un límite establecido. Otros, dejan ciertos costos para que usted los pague por su cuenta. Consulte la tabla de la página siguiente para entender cómo cubrirá los gastos de su bolsillo cada plan Medigap.

Algunas aseguradoras de Medigap ofrecen servicios de valor agregado

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

Algunas de las cosas que se ofrecen pueden incluir:



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



Líneas de teléfono de enfermería las 24 horas



Membresías de gimnasios gratis o con descuento

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

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



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

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

Beneficios Cubiertos

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

Deducible de la Parte A

Coseguro o copagos de la Parte B

Deducible anual de la Parte B

Cargos en exceso de la Parte B

Costo de transfusiones de sangre (3 pintas)

Costos de emergencia en viajes al extranjero (hasta los límites del plan)

Costo del coseguro por cuidados paliativos

Coseguro por cuidado preventivo de la Parte B

Coseguro por cuidado en un centro de enfermería especializada

Límite anual de gastos de su bolsillo antes de que 50%/75% de los beneficios sean pagados al 100% (2021)

| | Plan A | Plan B | Plan D | Plan G** | Plan K | Plan L | Plan M | Plan N | Plan C | Plan F** |
|--|--------|--------|--------|----------|---------|---------|--------|--------|--------|----------|
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 100% | 100% | 100% | 50% | 75% | 50% | 100% | 100% | 100% |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 50% | 75% | 100% | 100%* | 100% | 100% |
| | | | | | | | | | 100% | 100% |
| | | | | 100% | | | | | | 100% |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 50% | 75% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | | 80% | 80% | | | 80% | 80% | 80% | 80% |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 50% | 75% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | | 100% | 100% | 50% | 75% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | | | | \$6,220 | \$3,110 | | | | |

* Excepto ciertos copagos

** Los planes F y G también tienen versiones con deducible alto con un deducible de \$2,370 antes de que los planes paguen los beneficios indicados.

¿Es Medicare Advantage o Medigap adecuado para usted?

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

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

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

Use esta tabla para poder comparar los planes rápidamente.



Inscripción



Costos



Cobertura de medicamentos con receta



Red



Médicos y hospitales



Referencias

Planes Medicare Advantage

Planes de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)

Usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante su período de inscripción inicial y el período de inscripción anual de Medicare. Si usted cumple ciertos criterios, usted puede inscribirse o cambiar a un plan diferente durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage o un período de inscripción especial.

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

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

La cobertura de medicamentos con receta está incluida en la mayoría de los planes. Solo determinados planes Medicare Advantage se pueden combinar con planes independientes de la Parte D. Consulte la página 20.

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

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

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

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

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

Usted paga una prima mensual del plan además de su prima de la Parte B. Y cuando usa servicios, los gastos de su bolsillo son limitados, pero el límite varía de acuerdo con el plan Medigap que usted elija.

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

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

Usted puede seleccionar cualquier médico u hospital siempre que acepten pacientes de Medicare.

Puede consultar a especialistas sin referencias.

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

¿Cómo empieza a reducir sus opciones?



¿Cómo decide qué es lo adecuado para usted?

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

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

1 Por lo general, ¿con qué frecuencia visita al médico?

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

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

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

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

6 ¿Necesita ayuda para pagar Medicare?

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

IEP

El Período de Inscripción Inicial (IEP) es para inscribirse cerca de la fecha en que cumple 65 años

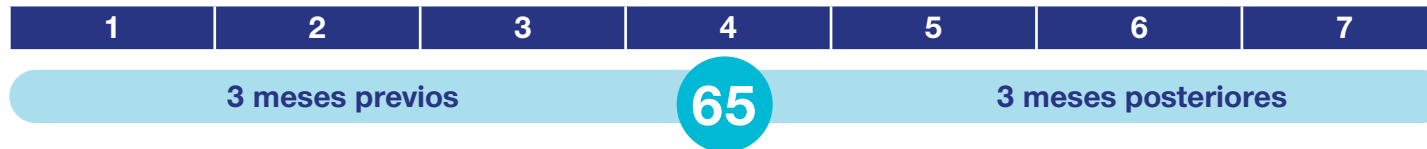
Para las personas que empiezan a cumplir los requisitos por la edad, incluye el mes de su cumpleaños 65, los 3 meses previos y los 3 meses posteriores. Su período de inscripción inicial comienza y termina un mes antes si su cumpleaños es el primer día del mes.



¿Cumple los requisitos por una discapacidad?

Su período de inscripción inicial de 7 meses incluye el mes en que recibe su 25.º cheque por discapacidad, los 3 meses previos y los 3 meses posteriores.

▼ El mes en que cumple 65 años



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

Usted puede aplicar en otros momentos, pero se le podría denegar la cobertura o le podrían cobrar una prima más alta en función de su historial médico.

GEP

El Período de Inscripción General (GEP) es para aquellas personas que no se inscribieron cerca de su cumpleaños 65

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



▲ Partes A y B

△ Partes C y D

SEP

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

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

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

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

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

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



△ Partes C y D

▲ Partes A y B

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

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

Usted tiene exactamente 63 días para obtener un plan independiente de la Parte D o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta sin multa.



Puede hacer cambios de plan en ciertos períodos del año

SEP

Medicare también proporciona un Período de Inscripción Especial para eventos de vida que califican

Usted tiene 2 meses completos después del mes de un evento que califica para hacer cambios al plan. Durante este período, usted puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos con receta de la Parte D fuera del período de inscripción anual de Medicare sin multa.

Los eventos comunes que pueden calificar incluyen:

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

▼ El mes que tiene un evento que califica



Período de Inscripción Especial ▲



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

AEP

Durante el Período de Inscripción Anual (AEP) de Medicare, usted puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos con receta de la Parte D y solicitar un plan de seguro complementario de Medicare

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

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



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

MAOEP

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

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

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



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

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

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

Medicare Original

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



Parte A



Parte B



Parte A



Parte B

+



Parte D



Parte A



Parte B

+



Medigap



Parte A



Parte B

+



Parte D

+



Medigap

Medicare Advantage

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



Un plan Medicare Advantage sin cobertura de medicamentos

Parte C



Parte C



Parte D

Un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos incorporada



Parte C



Parte D

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

* Aplica solo a ciertos planes.

Cómo Inscribirse:

Medicare Original (Partes A y B)

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

Inscríbase en Internet en [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov), por teléfono al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) o visite la oficina local del Seguro Social.

Parte C, Parte D y planes Medigap

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

Recuerde revisar cada plan detenidamente... diferentes proveedores ofrecerán diferentes planes y beneficios.



Conozca a David

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

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

Su lista de deseos de beneficios incluye:

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

David eligió un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta incorporada

Su plan incluye:

Cuidado preventivo



Programas de acondicionamiento físico sin costo adicional



Cobertura de medicamentos con receta incorporada

Red de médicos y hospitales locales



Máximo de gastos de su bolsillo de \$3,500 al año

Sus costos mensuales:

\$148.50
prima de la Parte B

+

\$34
prima de la Parte C

+

\$15
copago por receta

\$197.50
Total base por mes

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

Los gastos de su bolsillo pueden incluir copagos, coseguro y deducibles. Su gasto total variará según las condiciones específicas de costo compartido de su plan, los servicios para el cuidado de la salud que use, las recetas que surta, y según si los servicios o artículos se obtuvieron dentro de la red o fuera de la red. Como el plan de David tiene un máximo de gastos de su bolsillo de \$3,500 para el año, una vez que los gastos de su bolsillo para los servicios cubiertos alcancen ese número, su plan Medicare Advantage será responsable del resto.



Conozca a Juanita

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

Juanita tiene un buen estado de salud. Toma 2 medicamentos con receta, uno para mantener los huesos fuertes y otro para controlar el colesterol. Tiene una pensión cómoda, pero quiere dejar un legado económico a su familia, por lo que cuida lo que gasta en Medicare.

Su lista de deseos de beneficios incluye:

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

Juanita eligió Medicare Original con un plan de la Parte D independiente y el plan G de Medigap

Su plan incluye:

Precios con descuento en los medicamentos que toma

Acceso a médicos y hospitales en los Estados Unidos



Ayuda con los costos que no paga Medicare Original

Sus costos mensuales:

\$148.50
prima de la Parte B

+

\$34
prima de la Parte D

+

\$150
prima del plan G de Medigap

+

\$10
copago por receta

\$342.50

Total base por mes

Juanita debe considerar cómo pagar sus recetas

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



Conozca a Georgia

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

Su lista de deseos de beneficios incluye:

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

Georgia eligió Medicare Original con un plan de medicamentos con receta de la Parte D independiente

Su plan incluye:

Acceso a los médicos y hospitales que usa ahora

Precios con descuento en los medicamentos que toma

Sus costos mensuales:

\$148.50
prima de la Parte B

+

\$34
prima de la Parte D

+

\$10
copago por receta

\$192.50
Total base por mes

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

Georgia tendrá otros gastos de su bolsillo que cubrir cuando reciba diferentes servicios y artículos para el cuidado de la salud. Será responsable de los costos de servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare Original (Partes A y B), y también de los costos definidos por las condiciones de costo compartido de su plan de la Parte D.

Georgia debería solicitar ayuda financiera.

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



Conozca a Matt

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

Su lista de deseos de beneficios incluye:

- Acceso a médicos y hospitales cuando esté fuera del estado
- Tranquilidad de saber que tendrá ayuda para pagar los costos de cuidado de la salud si son altos

Matt eligió Medicare Original con un plan N de Medigap

Su plan incluye:

Acceso a médicos y hospitales en los Estados Unidos



Ayuda con los costos que no paga Medicare Original



Límite anual de gastos de su bolsillo de \$2,940 antes de que 75% de los beneficios sean pagados al 100%

Sus costos mensuales:

\$148.50
prima de la Parte B

+

\$190
prima del plan N de Medigap

\$338.50
Total base por mes

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

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

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



Conozca a Karen

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

Su lista de deseos de beneficios incluye:

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

Karen eligió Medicare Original

Su plan incluye:

Acceso a médicos y hospitales en los Estados Unidos



Seguro médico y hospitalario básico

Sus costos mensuales:

\$148.50
prima de la Parte B

\$148.50
Total base por mes

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

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



Conozca a Leroy

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

Su lista de deseos de beneficios incluye:

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

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

Su plan incluye:



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



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

Precios con descuento en los medicamentos que toma

Ayuda para adoptar un estilo de vida más saludable

Sus costos mensuales:

\$148.50
prima de la Parte B

+

\$24
prima del Plan Para Personas Con Necesidades Especiales Medicare Advantage

\$172.50

Total base por mes

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

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

Leroy debe ver si también puede calificar para Medicaid

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

Consejos prácticos de Medicare

1 Hay dos maneras de obtener Medicare

Medicare Original (Partes A y B). La Parte A es cobertura hospitalaria y la Parte B es cobertura médica. Medicare Original es proporcionado por el gobierno federal. Los beneficios y la cobertura son iguales en todo el país. Con Medicare Original, usted también puede agregar un plan de medicamentos con receta de la Parte D independiente o un plan de seguro complementario de Medicare.

Medicare Advantage (Parte C). Estos planes combinan su cobertura de la Parte A y de la Parte B, y muchos también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D y otros beneficios, como servicios dentales, para la vista, para la audición o acondicionamiento físico. Los planes son ofrecidos por compañías de seguros privadas.

2 Hay dos maneras de obtener cobertura de medicamentos

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

3 Medicare Original no cubre todo

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

4 La ubicación afecta sus opciones de cobertura

Los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta varían en cuanto a la cobertura y los costos. Las compañías de seguros pueden ofrecer varios planes en donde usted vive. Los planes de seguro complementario de Medicare (Medigap) están estandarizados y son iguales en todo el país, salvo en Minnesota, Wisconsin y Massachusetts.

5 Calcule todos sus costos de Medicare

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

6

Protección por gastos de su bolsillo elevados

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

7

El momento es importante cuando se inscribe por primera vez

- Su Período de Inscripción Inicial (IEP) es su primera oportunidad de inscribirse en Medicare. Este período dura 7 meses e incluye el mes de su cumpleaños o el mes 25 desde que recibe beneficios por discapacidad más los 3 meses previos y 3 meses posteriores.
 - Es posible que usted califique para posponer la inscripción en Medicare si tiene cobertura acreditable a través de su empleador o del empleador de su cónyuge. Si puede posponer la inscripción, tendrá un Período de Inscripción Especial (SEP) de 8 meses que comienza cuando usted pierde la cobertura del empleador o deja su empleo, lo que ocurra primero.
 - Si se inscribe después de su período de inscripción inicial o período de inscripción especial, podría tener que afrontar multas por inscripción tardía para la Parte A, Parte B o Parte D de Medicare.
-

8

Quizás pueda inscribirse o hacer cambios en otros momentos

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

Consejos para el Período de Inscripción Anual de Medicare

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

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

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

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

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

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

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

Consejos para cuidadores que ayudan a tomar decisiones sobre Medicare

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

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



¿Necesita ayuda para pagar Medicare?

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

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

Programas de Ahorros de Medicare

El Programa de Ahorros de Medicare ayuda a pagar parte o la totalidad de las primas, los deducibles y los coseguros de la Parte A y la Parte B. Hay cuatro tipos de Programas de Ahorros de Medicare.

- Programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB)
- Programa Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB)
- Programa Individuos Calificados (QI)
- Programa Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI)

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

Programa Ayuda Adicional

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

Medicaid

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

Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (PACE)

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

Averigüe si califica para recibir ayuda

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

Visite **es.medicare.gov** para obtener más información sobre los programas de asistencia financiera. También puede comunicarse con la oficina local del Seguro Social, la oficina de Medicaid o con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud para solicitar ayuda.

A continuación hay una lista de contactos útiles

Línea de asistencia de Medicare

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

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

Administración del Seguro Social

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

1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778

SSA.gov/Medicare

es.medicare.gov

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

Medicaid.gov

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

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

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

shiptacenter.org

MedicareExplicado.com

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

Su proveedor del plan de salud actual

El centro de servicio al cliente de su plan de salud puede responderle las preguntas que tenga sobre su cobertura actual. Encuentre el número en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro.

AARPMedicarePlans.com

Encuentre los planes Medicare Advantage, planes de la Parte D y planes de seguro complementario de Medicare disponibles de UnitedHealthcare por código postal.

1-855-581-8090, TTY 1-855-581-7111

Llamada gratuita, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana

AARP.org

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

Organización Nacional de Cuidados Paliativos

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

NHPCO.org

Administración de Asuntos sobre la Vejez

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

1-800-677-1116, TTY 711

Eldercare.gov

Planillas de trabajo y listas de verificación de Medicare

Planilla de Trabajo Para Buscar Planes de Medicare

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

Planilla de Trabajo Para Revisar Planes de Medicare

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

Lista de Verificación del Período de Inscripción Inicial

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

Lista de Verificación del Período de Inscripción Anual

Use esta lista de verificación para prepararse para el período de inscripción anual de Medicare que va del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Consejos Prácticos Si Trabaja Después de los 65 Años

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



Puede descargar estas listas de verificación y planillas de trabajo en [MedicareExplicado.com](https://www.MedicareExplicado.com).

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

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

Alabama

1-800-243-5463

Alaska

Solo llamadas dentro del estado:

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

Llamadas fuera del estado:

907-269-3680

Arizona

1-800-432-4040

Arkansas

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

California

1-800-434-0222

Colorado

1-888-696-7213

Connecticut

Solo llamadas dentro del estado:

1-800-994-9422

Llamadas fuera del estado:

860-424-5274

Delaware

1-800-336-9500

Florida

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

Georgia

1-866-552-4464

Guam

1-671-735-7415

Hawaii

1-888-875-9229

Idaho

1-800-247-4422

Illinois

1-800-252-8966

AGING.SHIP@illinois.gov

Indiana

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

Iowa

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

Kansas

1-800-860-5260

Kentucky

1-877-293-7447

Louisiana

1-800-259-5300

Maine

1-800-262-2232

Maryland

1-800-243-3425

Massachusetts

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

Michigan

1-800-803-7174

Minnesota

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

Mississippi

1-844-822-4622

Missouri

1-800-390-3330

Montana

1-800-551-3191

Nebraska

1-800-234-7119

Nevada

1-800-307-4444

New Hampshire

1-866-634-9412

New Jersey

Solo llamadas dentro del estado:

1-800-792-8820

Llamadas fuera del estado:

860-424-5274

New Mexico

1-800-432-2080, (TTY 1-505-476-4846)

New York

1-800-701-0501

North Carolina

1-855-408-1212

North Dakota

1-888-575-6611, (TTY 1-800-366-6888)

Ohio

1-800-686-1578, (TTY 1-614-644-3745)

Oklahoma

Solo llamadas dentro del estado:

1-800-763-2828

Llamadas fuera del estado:

405-521-6628

Oregon

1-800-722-4134

Pennsylvania

1-800-783-7067

Puerto Rico

1-877-725-4300, (TTY 787-919-7291)

Rhode Island

1-888-884-8721, (TTY 401-462-0510)

South Carolina

1-800-868-9095

South Dakota

1-800-536-8197

Tennessee

1-877-801-0044

Texas

1-800-252-9240, (TTY 1-800-735-2989)

U.S. Virgin Islands

1-340-772-7368 (STX)

1-340-714-4354 (STT/STJ)

Utah

1-800-541-7735

Vermont

Solo llamadas dentro del estado:

1-800-642-5119

Llamadas fuera del estado:

802-865-0360

Virginia

1-800-552-3402

Washington

1-800-562-6900, (TTY 1-360-586-0241)

Washington, D.C.

202-727-8370

West Virginia

1-877-987-4463

Wisconsin

1-800-242-1060, (TTY 711)

1-855-677-2783 Línea directa para asistencia sobre Medicamentos con receta, Parte D y Medigap de Wisconsin

1-800-926-4862 (Asistencia sobre la Parte D para personas con discapacidades)

Wyoming

1-800-856-4398

Visite shiptacenter.org o llame a la oficina de SHIP de su estado.

Preguntas y respuestas frecuentes sobre Medicare

¿Pueden ser compatibles un plan Medicare Advantage y un plan de seguro complementario de Medicare?

No. Un plan Medicare Advantage y un plan de seguro complementario de Medicare (Medigap) no son compatibles. Un plan Medigap no puede pagar ninguna de sus primas, coseguro, copagos ni deducibles de Medicare Advantage, ni tampoco ningún reclamo fuera de la red.

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

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

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

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

¿Tengo que inscribirme yo mismo en Medicare?

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

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

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

Más consejos en la página 5.

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

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

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

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

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

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

Tengo Medicare Original más un plan de seguro complementario de Medicare (Medigap). Si me inscribo en un plan Medicare Advantage, ¿qué hago con mi plan de seguro complementario de Medicare?

Su plan Medigap no es compatible con un plan Medicare Advantage. Si tiene una póliza de Medigap y se inscribe en un plan Medicare Advantage (Parte C), le recomendamos que cancele su póliza de Medigap. Su póliza de Medigap no se puede utilizar para pagar las primas, coseguro, copagos, deducibles y gastos de su bolsillo de su plan Medicare Advantage.

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

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

Aquí puede ver un glosario de términos usados en esta guía

Aceptación de asignación

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

Área de servicio

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

Cantidad aprobada por Medicare

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

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

Cobertura de Gastos Médicos Mayores

Una etapa de pago de la Parte D de Medicare. En esta etapa, usted paga una pequeña tarifa de copago o coseguro por sus medicamentos con receta y su plan paga la cantidad restante durante el resto del período del plan, normalmente un año calendario. Consulte la página 24.

Cobertura de medicamentos acreditable

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

Cobertura de salud de grupo para jubilados

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

Condición preexistente

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

Copago

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

Coseguro

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

Cuidado de custodia

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

Cuidado de enfermería especializada

Cuidado proporcionado por una enfermera con licencia.

Cuidado de la salud a domicilio

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

Cuidado médicamente necesario

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

Cuidado para pacientes ambulatorios

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

Cuidado para pacientes hospitalizados

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

Cuidado preventivo

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

Cuidados paliativos

El cuidado proporcionado a las personas que tienen una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos normalmente se enfocan en controlar los síntomas y manejar el dolor. Consulte la página 0.

Deducible

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

Días de reserva una vez en la vida

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

Elegibilidad doble

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

Etapa Sin Cobertura

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

Formulario

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

Formulario clasificado en niveles

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

Fuera de la red

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

Máximo de gastos de su bolsillo

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

Medicaid

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

Medicamento de marca

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

Medicamento genérico

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

Medicare

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

Multa por inscripción tardía

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

PACE

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

Parte A de Medicare

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

Parte B de Medicare

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

Parte C de Medicare (Medicare Advantage)

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

Parte D de Medicare

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

Período de beneficios

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

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MAOEP)

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

Período de Inscripción Abierta del Complemento de Medicare

Los primeros 6 meses que está inscrito en la Parte B de Medicare a los 65 años o más. Durante este período, no tiene que responder preguntas médicas y no se le puede denegar cobertura ni se le puede cobrar una prima más alta por problemas de salud. (Las compañías de seguros también requerirán que esté inscrito en la Parte A para obtener un plan del Complemento de Medicare.) Consulte la página 31.

Período de Inscripción Anual de Medicare (AEP)

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

Período de Inscripción Inicial (IEP)

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

Plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos

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

Plan de cuidado coordinado

Un tipo de plan Medicare Advantage en el que su cuidado es coordinado por su proveedor de cuidado primario (PCP). Estos planes también son conocidos como planes de «cuidado administrado». Consulte la página 17.

Plan de Punto de Servicio (POS)

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

Plan de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)

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

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

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

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

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

Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP)

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

Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble

Una clase especial de plan Medicare Advantage que combina sus beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare; coordina su plan con su plan de Medicaid; y proporciona beneficios de salud adicionales que no ofrecen ni Medicare ni Medicaid. Consulte la página 19.

Plan Privado de Tarifa por Servicio (PFFS)

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

Póliza con renovabilidad garantizada

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

Prima

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

Programa Ayuda Adicional

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

Programas de Ahorros de Medicare

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

Proveedor

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

Red

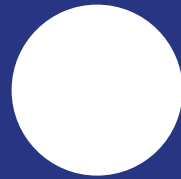
Un grupo de proveedores de cuidado de la salud, como médicos, hospitales o farmacias, que acuerdan proporcionar cuidado o servicios a los miembros de un determinado plan de cuidado de la salud a tarifas acordadas. Consulte la página 17.

Terapia escalonada

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

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

**¿Desea obtener
más información?**



Visite **MedicareExplicado.com**