Medicare Y Usted 2021

La publicación oficial del gobierno de los Estados Unidos

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES · USA

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Nuevo

Coronavirus 2019 (COVID-19)
Medicare se compromete a brindarle la información que necesita sobre COVID-19. Para información actualizada sobre beneficios y cobertura, visite **Medicare.gov** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Gastos de su bolsillo para la insulina más bajos
Si se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos que participa en el "Modelo de Ahorro de la Parte D para Personas Mayores", podría ahorrar cada año en los costos de su bolsillo para la insulina. Vea la página 84.

Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) y Medicare Advantage
Si tiene ESRD, puede inscribirse en un **plan Medicare Advantage** durante la Inscripción Abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2020). La cobertura de su plan comenzará el 1 de enero de 2021. Vea la página 59.

Acupuntura para el dolor de espalda
Medicare ahora cubre hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días para el dolor lumbar crónico. Vea la página 30.

Telesalud y otros servicios virtuales
Los beneficios de telesalud le permiten recibir servicios médicos o de salud que generalmente se realizan en persona (como visitas al consultorio y consultas) de un médico u otro proveedor de salud que se encuentre en otro lugar utilizando tecnología interactiva de audio y video en tiempo real (vea la página 48). Medicare también cubre ciertos servicios virtuales, como visitas virtuales (página 39) y consultas virtuales (página 50).

Obtenga ayuda con sus opciones de cobertura Medicare
Visite **Medicare.gov/plan-compare** para revisar y comparar los planes de salud y medicamentos adecuados para usted. También puede ingresar sus medicamentos y obtener costos más precisos para los planes en su área.

Compare servicios y proveedores del cuidado médico
Visite **Medicare.gov** para encontrar y comparar médicos, hospitales, asilos de ancianos y otros servicios médicos cerca de usted. Obtenga información de contacto, calificaciones de calidad y otros datos en un lugar centralizado.

¡Importante! Este año más que nunca es importante **vacunarse contra la gripe** para proteger su salud y la de su familia. Vea la página 40.

Contenido

Comencemos 4

¿Cuáles son las partes de Medicare? 5

Sus opciones de Medicare 6

Medicare Original vs. Medicare Advantage 7–8

Aproveche su cobertura de Medicare 9

Temas 10

Sección 1:
La inscripción en Medicare 15

Sección 2:
Averigüe si Medicare paga por su examen, servicio o artículo 25

Sección 3:
Medicare Original 51

Sección 4:
Los planes Medicare Advantage y otras opciones 57

Sección 5:
Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) 71

Sección 6:
Cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D) 75

Sección 7:
Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y medicamentos 87

Sección 8:
Conozca sus derechos y aprenda a protegerse del fraude 93

Sección 9:
Si desea más información 105

Sección 10:
Definiciones 117

Comencemos

Si es nuevo en Medicare:

- **Obtenga información sobre sus opciones de Medicare.** Hay 2 formas de obtener su cobertura de Medicare—Medicare Original (Parte A y Parte B) y Medicare Advantage. Vea las siguientes páginas para más información.
- **Aprenda cómo y cuándo puede inscribirse.** Si no tiene la Parte A o B de Medicare, consulte la Sección 1, en la página 15. Si no tiene la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), consulte la Sección 6, en la página 75. Puede haber una multa si no se inscribe cuando es elegible por primera vez.
- **Si tiene otro seguro médico,** vea las páginas 20–21 para averiguar cómo su otro seguro funciona con Medicare.

Si ya tiene Medicare:

- **Revise su cobertura de salud y medicamentos de Medicare.** Haga cambios adecuados para sus necesidades actuales o reduzca los gastos de su bolsillo. No es necesario inscribirse en Medicare cada año, pero debe revisar sus opciones.
- **¡Marque en su calendario estas fechas importantes!** En la mayoría de los casos será su única oportunidad para hacer cambios a su cobertura.

1 de octubre de 2020	**Compare su cobertura con las otras opciones.** Usted puede ahorrar dinero al comparar todas sus opciones. Visite **Medicare.gov/plan-compare**.
15 de octubre al 7 de diciembre de 2020	**Usted puede cambiar su cobertura de salud o de medicamentos para 2021, si así lo desea.** Esto incluye regresar al Medicare Original o inscribirse en un plan MA.
1 de enero de 2021	**Comienza la nueva cobertura si hizo un cambio.** Los nuevos costos y cambios a la cobertura existente también entran en vigencia si su plan hizo cambios.
1 de enero al 31 de marzo de 2021	**Si está en un plan Medicare Advantage**, usted puede cambiar de plan o regresar al Medicare Original (e inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos independiente) una vez durante esta época. Cambios entrarán en vigor el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud. Vea la página 59.

Las páginas 5–9 ofrecen un resumen de sus opciones de Medicare.

¿Cuáles son las partes de Medicare?

La Parte A (Seguro de Hospital)

La Parte A ayuda a pagar los servicios de:

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

Vea las páginas 25–29.

La Parte B (Seguro Médico)

La Parte B ayuda a pagar los servicios de:

- Médicos y otros proveedores de la salud
- Atención ambulatoria
- Atención domiciliaria (cuidado de la salud en el hogar)
- Equipo médico duradero (sillas de ruedas, andadores, camas de hospital y otros equipos)
- Muchos de los servicios preventivos (exámenes, vacunas, visitas anuales de “Bienestar”)

Vea las páginas 29–51.

Parte D (Cobertura de Medicamentos)

Ayuda a cubrir el costo de medicamentos (incluso muchas de las vacunas recomendadas).

Los planes que ofrecen la cobertura de medicamentos de Medicare son administrados por compañías de seguros privadas que siguen las normas establecidas por Medicare.

Vea las páginas 75–86.

Sus opciones de Medicare

Cuando se inscribe por primera vez en Medicare y durante ciertas épocas del año, puede elegir cómo recibir su cobertura de Medicare. Hay 2 formas principales de obtener la cobertura de Medicare:

Medicare Original

- El Medicare Original incluye la Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) de Medicare.
- Si desea cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), tendrá que inscribirse en un plan aparte.
- También es posible que necesite comprar cobertura suplementaria para ayudar con los costos de su bolsillo en el Medicare Original (como 20% del **coseguro**).
- Puede usar cualquier médico u hospital que acepte Medicare en cualquier lugar de los Estados Unidos.

☑ **Parte A**

☑ **Parte B**

Puede agregar:

☐ **Parte D**

También puede agregar:

☐ **Cobertura suplementaria**

Incluye Seguro Suplementario (Medigap). O, cobertura de un ex empleador, sindicato o Medicaid.

Vea la Sección 3, que comienza en la página 53 para aprender más sobre el Medicare Original.

Medicare Advantage
(también conocido como la Parte C)

- Medicare Advantage es una alternativa al Medicare Original (todo en un lugar). Este "conjunto" de planes incluyen las Partes A, B y usualmente la Parte D.
- Planes pueden tener costos de su bolsillo más bajos que el Medicare Original.
- En la mayoría de los casos, deberá usar médicos que están en la red del plan.
- La mayoría de los planes pueden ofrecer beneficios adicionales que el Medicare Original no cubre—como la visión, audición, cuidado dental y más.

☑ **Parte A**

☑ **Parte B**

La mayoría de los planes incluyen:

☑ **Parte D**

☑ **Beneficios adicionales**

Algunos planes también incluyen:

☑ **Costos/Gastos de su bolsillo más bajos**

Vea la Sección 4, que comienza en la página 57, para aprender más sobre Medicare Advantage.

RESUMEN

Medicare Original vs. Medicare Advantage

Su elección de médico y hospital

Medicare Original	Medicare Advantage
Usted puede consultar **cualquier médico u hospital que acepte Medicare en cualquier lugar de los Estados Unidos.**	En muchos casos, tendrá que usar los **médicos y proveedores que se encuentran en la red y el área de servicio del plan** para los costos más bajos. Algunos planes no cubrirán los servicios fuera de la red y el área de servicio del plan.
En la mayoría de los casos **no se necesita** un **referido** para ver a un especialista.	Puede que **necesite** un referido para ver a un especialista

Costo

Medicare Original	Medicare Advantage
Para los servicios cubiertos por la Parte B, **generalmente paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare** después de haber pagado su deducible. Esto se llama su **coseguro**.	**Los gastos directos de su bolsillo varían**—los planes pueden tener costos de bolsillo más bajos para ciertos servicios.
Usted **paga una prima (pago mensual) por la Parte B**. Si elige inscribirse en la cobertura de medicamentos (Parte D), pagará esa prima por separado.	Usted **paga por la prima del plan (la mayoría incluye cobertura de medicamentos) y por la prima de la Parte B**. Los planes pueden tener $0 prima o ayudarán a pagar la totalidad o parte de su prima para la Parte B.
No hay un límite de cuánto paga de su bolsillo anualmente, a menos que tenga cobertura suplementaria (como una póliza Medigap).	Los planes tienen un **límite anual** de lo que usted paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y B de Medicare. Una vez alcance el límite de su plan, usted no paga por los servicios cubiertos por el resto del año.
Puede **comprar** Medigap para ayudar con los gastos directos de su bolsillo (20% del coseguro). O, puede usar la cobertura de un empleador o sindicato anterior, o Medicaid.	**No puede comprar ni necesita** Medigap.

Cobertura

Medicare Original	Medicare Advantage
Medicare Original cubre los **servicios médicamente necesarios** y suministros en hospitales, consultorios médicos y otros entornos de atención médica. Medicare Original no cubre ciertos beneficios, como los exámenes de la vista, la mayoría del cuidado dental y exámenes de rutina (vea la página 51).	Los planes deben cubrir todos los servicios que cubre el Medicare Original. **Los planes ahora ofrecen beneficios adicionales que Medicare Original no cubre**—como servicios para la visión, audición, dental, exámenes de rutina y más (vea la página 57).
Puede inscribirse en un **Plan de Medicare para Recetas Médicas (Parte D)** separado para obtener cobertura de medicamentos.	**La cobertura de medicamentos recetados (Parte D)** está incluida en la mayoría de los planes. En este tipo de plan no necesita inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare.
En la mayoría de los casos, no necesita autorización previa para servicios o suministros.	En algunos casos, necesita consultar con el plan antes de obtener un servicio o suministro para averiguar si está cubierto por el plan.

Viaje

Medicare Original	Medicare Advantage
El Medicare Original, por lo general, **no ofrece cobertura fuera de los Estados Unidos**. Usted necesita comprar un seguro suplementario que ofrezca cobertura de viajes.	Los planes usualmente **no cubren el cuidado fuera de los Estados Unidos.**

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

- **Medicare Original:** Vea la Sección 3 (que comienza en la página 53).
- **Medicare Advantage:** Vea la Sección 4 (que comienza en la página 57).
- **Cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D):** Vea la Sección 6 (comienza en la página 75).

Símbolos

Busque estos símbolos a través de este manual para ayudarle a comprender sus opciones de cobertura de Medicare:

Muestra las comparaciones entre el Medicare Original y Medicare Advantage.

Ofrece información sobre costos y cobertura.

Ofrece información sobre los servicios preventivos.

Aproveche su cobertura de Medicare

Ayuda para seleccionar el plan adecuado:

- Obtenga orientación de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 113–116.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048.
- Encuentre y compare planes de salud y medicamentos en Medicare.gov/plan-compare.

Aproveche al máximo su cuidado médico

Queremos darle la información necesaria para tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de su salud. Esto incluye la información por adelantado de costos estimados y calidad, para que pueda comparar y elegir los proveedores y servicios adecuados. Busque el a través del manual para aprender sobre las diferentes maneras de examinar su cobertura médica.

Ayuda gratuita con sus preguntas de Medicare

Para preguntas generales sobre Medicare, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE. Vea las páginas 105–112 para ver otros recursos disponibles.

Servicios preventivos

Pregúntele a su médico u otro proveedor de la salud qué servicios preventivos (como exámenes, vacunas y pruebas) debe recibir. Medicare cubre muchos de los servicios preventivos. Vea las páginas 30–51 y busque la para más información.

Servicios de salud mental y por abuso de sustancias

Medicare cubre ciertos exámenes, servicios y programas que ayudan en el tratamiento y la recuperación de trastornos de salud mental y uso de sustancias:

- **Consejería para el abuso del alcohol:** Vea la página 31.
- **Servicios de integración de salud conductual** (como la depresión o ansiedad): Vea la página 32.
- **Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco:** Vea la página 36.
- **Depresión:** Vea la página 36.
- **Salud mental:** Vea página 42.
- **Opioides:** Vea la página 44.
- **Telesalud:** Vea la página 48.
- **Medicamentos (normas de cobertura):** Vea las páginas 82-83.
- **Controles de seguridad en la farmacia:** Vea la página 82.
- **Programas de administración para medicamentos:** Vea la página 82.
- **Consejos importantes si le recetan opioides:** Vea la página 83.

Ayuda con los costos de cuidado médico

Consulte la Sección 7 (página 87) para averiguar si califica para recibir ayuda con sus costos de salud y medicamentos.

Evite el papel

Elija recibir manuales futuros electrónicamente y ayude al contribuyente a ahorrar. Dejará de recibir una copia impresa cada otoño. Visite Medicare.gov/gopaperless, o inicie sesión en su cuenta de Medicare.gov para cambiar al manual electrónico. Vea la página 105 para más detalles.

Temas

A

Andadores 38
Aneurisma abdominal aórtico 30
Anteojos 40
Aparatos ortopédicos (cuello/piernas/brazos) 46
Apelación 94–99, 106
Archivo Médico Electrónico (EHR) 109
Área de servicio 70, 75, 117
Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco 36
Asignación 29, 55, 117
Asilo para ancianos (geriátrico) 26, 52–54, 66, 70, 91
Asistente médico 38, 43
Atención urgente 50
Audífonos 40, 51, 71
Autorización para divulgar información médica personal 105
Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN) 97–98
Aviso sobre la privacidad/confidencialidad 99–100
Ayuda Adicional (para pagar por la cobertura de sus recetas médicas) 75, 117
Ayuda con los costos 87–96

B

Beneficios para Veteranos (VA) 86, 112
Botón azul 107
Botón azul 2.0® 55, 107

C

Calidad de la atención 70, 112
Cataratas 39
Centro de cirugía ambulatoria 31
Centro de Enfermería Especializada (SNF) 25–29, 42, 72, 118
Centros Médicos Autorizados Federalmente 40, 48
Cirugía estética 51
Clínica de salud rural 46, 48
Cobertura catastrófica 79
Cobertura de las recetas médicas (Parte D)
- Apelaciones 95–96
- Cobertura de la Parte A 26–29
- Cobertura de la Parte B 46
- Generalidades 75–86
- Inscripción, cambio o cancelación 76–77
- Multa por inscripción tardía 79–81

Cobertura válida de medicamentos 75, 76–77, 79–81, 84–86, 117
COBRA 18
Colonoscopia 35
Consejería para el abuso del alcohol 31
Contratista de Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación (BCRC) 112
Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) 81, 102
Control de la terapia de medicamentos 84
Coordinación de beneficios 20–21, 112
Costos (copagos, coseguro, deducibles y primas)
- Ayuda Adicional para la Parte D 87–91
- Ayuda con los gastos de las Partes A y B 90–91
- Medicare Original 53–54
- Multa por inscripción tardía (Parte D) 79–80
- Parte A y Parte B 22–23, 26–55
- Planes Medicare Advantage 60–61
- Planes Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D) 95–96

Cuenta de Medicare 55, 101, **106**
Cuidado a largo plazo 51–52, 119
Cuidado de custodia/compañía 25, 28, 52, 118
Cuidado de hospicio **25–27**, 57, 72, 96
Cuidado de hospital (internación) **27–28**

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

Cuidado de la salud en el hogar 97, 118
Cuidado dental/dentaduras 51
Cuidado de relevo 27

D

Definiciones 117–120
Demostraciones 118
Densitometría ósea 32
Departamento de Asuntos de Veteranos 79, 86, 112
Departamento de Defensa 112
Depresión 36, 43
Derechos 93–104
Desfibrilador (automático implantado) 36
Detección de cáncer de mama (mamografía) 32
Determinación de cobertura (Parte D) 95–96
Diabetes 37–38, 41, 66
Diálisis renal 16, 42, 60–62, 106
Días de reserva vitalicios de por vida 27, 118
Discriminación 93, 104
Doblemente elegible 91

E

Electrocardiograma (EKG) 39, 48
Enema de bario 35
Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) 33
Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) **16**, 18–20, 41, 59, 66
Enfermera profesional/licenciada 38, 43
Equipo (médico) 27, 28, 36, 38–39, 42, 45, 46, 54
Equipo Médico Duradero (como andadores) 38–39, 42
Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) 15
Estudios de investigación clínica 34
Evaluación cardiovascular 33
Evaluación de cáncer colorrectal 35
Evaluación de Riesgo para la Salud 51
Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual 47
Evaluación y consejería sobre la obesidad 44
Examen de equilibrio 40
Examen de glaucoma 40
Examen de la próstata (prueba de PSA) 46
Examen de los pies 40
Examen de los senos 33
Examen del VIH 41
Examen de sangre oculta en la materia fecal 35
Examen pélvico 33
Excepción (Parte D) 81, 83, 95
Exploración (examen) para cáncer de pulmón 43

F

Formulario 77, 95, 118
Formularios de impuestos 22
Fraude 81

I

Identificador de Proveedor Nacional (NPI) 56, **115**
Incapacidad **15–19**, 21, 90
Ingresos limitados **87–92**
Inscripción
- Parte A 15–18
- Parte B 15–21
- Parte C 59–60
- Parte D 76–78
- Plan de Medicare para medicamentos 75–76
- Plan de salud de Medicare 59–60

Inscripción Abierta 58, 73, 94
Institución/centro 27, **52**, 66–67, 70, 76, 88, 91–92
Institución religiosa no médica para servicios de la salud 25, 28
Intermediario del beneficiario de Medicare 102
Internación en el hospital 27–28

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

J

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) 15–16, 20, 54, 78, 112

L

Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) 18–19, 85
Localizador Eldercare 31, 52

M

Manual electrónico 105–106
Medicamentos (para paciente ambulatorio) 38
Medicare
- Parte A 15–17, 25–29
- Parte B 15–19, 29–54
- Parte C 57–70
- Parte D 75–86

Medicare.gov 106
Medicare Original 29, 53–56
Médico de cabecera 31, 33, 53, 62–65, 63–66, 119
Mercado de Seguros Médicos 18–19, 20
Miembros artificiales 46
Modelo de Contratación Directa, Opciones Profesionales y Globales 110–111
MSA. *Vea* Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos
MSN. *Vea* Resumen de Medicare
Multa (por inscripción tardía)
- Parte A 22
- Parte B 22
- Parte D 79–80

N

Niveles (clasificación del formulario) 77, 95

O

Oficina de Gerencia de Personal 23, 85, 112
Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) 70, 91–93
Opciones de pago (prima) 23–24, 78–79
Organizaciones Responsables de la Atención Médica (ACO) 109–110
Organización para Mejoras de la Calidad 96, **112**
Oxígeno 38

P

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos) 70, 92
Penalidad por inscripción tardía
- Parte A 22
- Parte D 79–81

Período de beneficio 27, 119
Período Especial de Inscripción
- Parte C (Medicare Advantage) 68–70
- Parte D (Planes de recetas médicas) 76–77
- Partes A y B 17–18

Período General de Inscripción 18, 23, 67, 76
Período Inicial de Inscripción 17, 23, 67, 76
Plan de salud grupal (Empleador)
- Cobertura de las recetas médicas 76, 79, 84
- Inscripción abierta para Medigap 73
- La inscripción en las Partes A y B 17–18
- Planes Medicare Advantage (Parte C) 59

Planes de Medicare y Medicaid integrados 91
Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO en inglés) 60
Planes Medicare 117–118
Planes Medicare Advantage (HMO o PPO)
- Calificaciones del plan 62–63
- Costos 60
- Generalidades 57
- Inscripción, cambio o cancelación 67–69

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

Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA) 20, **63**
Planes Medicare de Medicamentos Recetados 95–96
Costos 78–82
Inscripción 76–77
Tipo de planes 75–76
Planes privados de pago por servicio (PFFS) 65
Planificación de instrucciones anticipadas 30
Plan Medicare de Costo 69, 75, 119
Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)
Cobertura de Medicamentos 85
Inscripción Abierta 73
Medicare Original 53
Planes Medicare Advantage 74
Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) 113–116
Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) 92–93
Programas Medicare de Ahorros 90–91
Programas piloto 70, 91, 119
Prótesis 46
Prueba de detección de hepatitis C 41
Prueba de Papanicolaou 33
Publicaciones 111

Q

Quimioterapia 34

R

Rayos X 28, 45, 48
Recetas electrónicas 109
Reclamaciones 54
Referido
Definición 113
Medicare Original 53
Planes Medicare Advantage 58, 62–65, 63–66
Servicios cubiertos por la Parte B 30, 32, 39, 46, 48, 50
Rehabilitación cardíaca 33
Rehabilitación pulmonar 46
Resumen de Medicare (MSN) **54–55**, 101
Robo de identidad 101

S

Sala de emergencia 39
Salud mental 27, 43
Sangre 26, 32
Segunda opinión sobre una cirugía 47
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 88, 92
Seguro Médico para Empleados Federales 85, 112
Seguro médico para jubilados **18–21**, 84
Seguro Social 111
Ayuda Adicional con los costos de la Parte D 89
La inscripción en las Partes A y B 15–16
Las primas de las Partes A y B 22–25
Las primas Parte D 78–79
Seguridad de Ingreso Suplementario 92
Servicio de Salud para Indígenas 79, 86
Servicios ambulatorios del hospital 27–28, 45
Servicios cubiertos (Partes A y B) 25–55
Servicios de Administración de Cuidado de Transición 48
Servicios de ambulancia 31
Servicios de educación sobre la enfermedad renal 42
Servicios de laboratorio 43, 48
Servicios de patología del lenguaje 42, 47
Servicios de trasplante 33, **49–50**
Servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides **44**, 81–83
Servicios preventivos 30–50, 120
Servicios que no brinda el médico 38
Sigmoidoscopia flexible 35
Silla de ruedas 38

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

Sindicato
Inscripción abierta para Medigap 73
Inscripción en las Partes A y B 19
La cobertura de las recetas médicas 76, 84
Los costos de la Parte A pueden variar 26
Planes Medicare Advantage 59
Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) 87
Suministros médicos (insumos) 27, 42–43, 46

T

Telemedicina (Telesalud) 48
Terapia de nutrición 43
Terapia física 42, 45
Terapia ocupacional 42, 44
Trasplante renal/de riñón 16, **49–50**

V

Vacuna 40, 41, 45, **47**, 50, 120
Vacuna contra la gripe/influenza 40
Vacuna contra la Hepatitis B 41
Vacuna neumocócica 45
Vacunas/inmunizaciones 40, 41, 45, 120
Vendajes quirúrgicos 47
Viaje al extranjero 49, 71, 72
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" 39, **50**
Visitas virtuales 39
Vista 39, 51

Nota: Los números de las páginas en **"negritas"** contienen información más detallada.

SECCIÓN 1

La inscripción en Medicare

Algunas personas obtienen las Partes A y B automáticamente

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

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

Si vive en Puerto Rico no recibirá la Parte B automáticamente. Debe inscribirse. Vea la página 16 para más información.

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

Si se inscribe automáticamente, recibirá su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare por correo 3 meses antes de cumplir 65 años o en el mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. No necesita pagar una prima por la Parte A. Si no desea la Parte B, infórmenos antes de la fecha de inicio de cobertura en su tarjeta de Medicare. Si no toma acción, conservará la Parte B y tendrá que pagar las **primas** de la Parte B a través de sus beneficios del Seguro Social. **Puede optar por no conservar la Parte B, pero si decide que la desea más adelante, es posible que tenga que esperar para inscribirse y pagar una multa mientras tenga la Parte B** (vea la página 23).

Nota: Si necesita reemplazar su tarjeta porque está dañada o perdida, inicie sesión en su cuenta de **Medicare.gov** para imprimir una copia oficial de su tarjeta de Medicare. También puede usar la cuenta para administrar su cobertura. Si no tiene una cuenta, visite **Medicare.gov** para crear una (vea la página 106 para más información). Si necesita reemplazar su tarjeta porque cree que otra persona está usando su número, llámenos al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Nota: La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 117–120.

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

Si usted está próximo a cumplir 65 años pero NO está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), tendrá que inscribirse. Comuníquese con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir 65 años. También puede inscribirse en socialsecurity.gov/retirement. Si trabajó para los ferrocarriles, debe inscribirse llamando a RRB.

En la mayoría de los casos, si no se inscribe cuando es elegible para la Parte B por primera vez, puede haber un retraso en obtener cobertura de Medicare en el futuro, y **tendrá que pagar la multa por inscripción tardía mientras tenga la Parte B** (vea la página 23).

Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) y desea Medicare, debe inscribirse. Comuníquese con el Seguro Social para averiguar cuándo y cómo inscribirse en las Partes A y B. Para más información visite Medicare.gov/publications y revise el manual "Cobertura Medicare para Servicios de Diálisis Renal o Trasplante de Riñón".

¡Importante!

Si vive en Puerto Rico y recibe los beneficios del Seguro Social o de RRB, recibirá los beneficios de la Parte A automáticamente el primer día del mes en que cumpla 65 años o después del mes 24 de sus beneficios por incapacidad. Sin embargo, si desea la Parte B tendrá que inscribirse usando el Formulario CMS-40B "Solicitud de Inscripción en la Parte B". Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, **tendrá que pagar la multa por inscripción tardía mientras tenga la Parte B.** Visite Medicare.gov/forms-help-resources/medicare-forms para obtener el formulario en inglés o español. Vea la página 23.

¿Dónde puedo obtener más información?

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

También puede obtener asesoría personalizada gratis del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). El teléfono aparece en las páginas 113–116.

Aunque esté inscrito en Medicare, no ha terminado.
No importa cómo se inscriba en Medicare. Tendrá que revisar todas sus opciones de cobertura y encontrar la adecuada. Vea las páginas 6–8 para más información.

Si no me inscriben automáticamente, ¿cuándo puedo inscribirme?

Si no está inscrito en la Parte A sin primas (por ejemplo, porque todavía está trabajando y aún no recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)), puede inscribirse en la Parte A libre de **prima** (si es elegible) una vez comience el Período Inicial de Inscripción.

Si es elegible para la Parte A sin prima, puede inscribirse en la Parte A en cualquier momento después de ser elegible por primera vez para Medicare. Su cobertura de la Parte A se revertirá (retroactivamente) 6 meses desde el momento en que se inscriba, pero no antes del primer mes en que sea elegible para Medicare.

¡Importante! **Recuerde, en la mayoría de los casos, si no lo hace cuando es elegible para Medicare por primera vez, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía (vea la página 23).**

¿Cuáles son los períodos de inscripción para las Partes A y B?

Sólo puede inscribirse en la Parte B (o la Parte A si tiene que comprarla) durante estos períodos de inscripción.

Período Inicial de Inscripción

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

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

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

Período Especial de Inscripción

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

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

Por lo general, usted no pagará la multa por inscripción tardía si se inscribe durante el Período Especial de Inscripción. Este período especial no aplica si padece de ESRD y si aún están en su Período Inicial de Inscripción.

Nota: Si está incapacitado y la cobertura se basa en el empleo actual de un miembro de la familia (que no sea un cónyuge), el empleador ofreciendo el plan de salud grupal debe tener 100 o más empleados para obtener un Período Especial de Inscripción.

¡Importante!

La cobertura de COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria), o de un plan médico para jubilados o individual (como un plan a través del Mercado de Seguros Médicos), no se considera cobertura médica basada en su empleo actual. Por lo tanto, no será elegible para un Período Especial de Inscripción cuando dicha cobertura termine. Para evitar el pago de una **prima** más cara, asegúrese de inscribirse en Medicare cuando sea elegible por primera vez. Para más información sobre COBRA, vea la página 84.

Período General de Inscripción

Si no se inscribió en la Parte A (si tiene que comprarla) y/o B (por la que debe pagar una prima) durante el Período Inicial de Inscripción, y no califica para un Período Especial de Inscripción, podrá hacerlo del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. **Su cobertura comenzará el 1 de julio. Usted podría pagar una prima más elevada para la Parte A y/o B si se inscribe más tarde porque le cobrarán una multa por inscripción tardía.** Vea las páginas 22–23.

Si no está seguro si califica para un Período Especial de Inscripción, o para más información sobre los períodos de inscripción, visite **Medicare.gov**, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Debo comprar la Parte B?

La información siguiente le ayudará a decidir si debe obtener la Parte B según el tipo de cobertura que pueda tener.

Cobertura de Empleador o Sindicato

Si usted o su cónyuge (o un familiar si usted tiene una incapacidad) **está trabajando** y usted tiene cobertura médica a través del empleador o sindicato, comuníquese con el administrador de beneficios para averiguar cómo trabaja dicho seguro con Medicare (vea la página 21). Tal vez le convenga esperar para inscribirse en la Parte B.

Cobertura basada en su empleo actual no incluye:

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

TRICARE

Si tiene TRICARE (cobertura médica para militares activos y retirados incluyendo sus familias), **deberá obtener las Partes A y B cuando es elegible por primera vez**, **para quedarse con la cobertura de TRICARE.** Sin embargo, si es un miembro en servicio o el familiar de un miembro activo, no tiene que estar inscrito en la Parte B para quedarse con la cobertura de TRICARE (vea la página 86).

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

Medicaid

Si tiene Medicaid y no tiene la Parte B, Medicaid puede ayudarle a inscribirse. Medicare pagará primero y Medicaid pagará después. Medicaid puede ayudarle a pagar los costos de su bolsillo de Medicare (como **primas**, **deducibles**, **coseguros** y **copagos**).

Mercado de Seguros Médicos

Si tiene cobertura del Mercado, debe inscribirse en Medicare cuando sea elegible por primera vez para evitar el riesgo de un retraso en la cobertura de Medicare y la posibilidad de una multa por inscripción tardía.

Estos son algunos puntos importantes si tiene cobertura del Mercado:

- Debe cancelar (terminar) su cobertura del Mercado a tiempo para evitar un recubrimiento de cobertura.
- Una vez sea elegible o tenga la Parte A, no califica para la ayuda con los costos de **primas** y otros costos médicos de su plan del Mercado. Si continúa recibiendo ayuda con su plan del Mercado después de inscribirse en Medicare, tendrá que pagar la ayuda que recibió cuando presente su declaración de impuestos.

Visite **CuidadoDeSalud.gov** para comunicarse con el Mercado de su estado y obtener más información. Visite **CuidadoDeSalud.gov/es/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare** para averiguar cómo cancelar su plan del Mercado cuando comience su inscripción en Medicare. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596, TTY 1-855-889-4325.

Cuenta de Ahorros (HSA, en inglés)

Para evitar una multa fiscal, debe hacer su última contribución a la HSA el mes antes de que comience su cobertura de la Parte A. La cobertura de la Parte A libre de prima comienza 6 meses antes del mes en que solicita los beneficios de Medicare, Seguro Social o Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB), pero no antes del mes en que cumple 65 años.

- Si solicita Medicare durante su período de inscripción inicial o durante los 2 meses posteriores a la finalización de su IEP, debe hacer su última contribución al HSA el mes antes de cumplir 65 años.
- Si espera para inscribirse en Medicare antes de los 6 meses después de cumplir 65 años, puede evitar una multa si detiene las contribuciones al HSA el mes antes de cumplir 65 años.
- Si espera para inscribirse en Medicare 6 meses o más después de cumplir 65 años, puede evitar una multa al suspender las contribuciones al HSA 6 meses antes del mes en que solicita Medicare.

Una Cuenta de Ahorros Médicos podría ser una opción si desea continuar sus beneficios de salud a través de una estructura como el HSA. Vea la página 63 para más información.

¿Cómo trabaja mi otro seguro con Medicare?

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

Si tiene un seguro de **jubilado** (de su antiguo empleador o el de su cónyuge)...	Medicare paga primero.
Si tiene 65 años o más, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador **actual** o de su cónyuge y el empleador tiene **20 o más empleados**...	Su seguro de salud grupal paga primero.
Si tiene 65 años o más, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador **actual** o de su cónyuge y el empleador tiene **menos de 20 empleados**...	Medicare paga primero.
Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador **actual** o un familiar y el empleador tiene **100 o más empleados**...	Su seguro de salud grupal paga primero.
Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador **actual** o de su cónyuge y el empleador tiene **menos de 100 empleados**...	Medicare paga primero.
Si tiene cobertura de salud grupal por su empleo o el de un miembro de su familia, y usted es elegible para Medicare porque padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)...	Su plan de salud grupal paga primero durante los 30 primeros meses de su elegibilidad para Medicare; después del período de 30 meses, Medicare será el pagador primario.
Si tiene Medicaid...	Medicare paga primero.

Algunos datos que debe tener en cuenta de cómo funcionan otros seguros con los servicios cubiertos por Medicare:

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

Para más información, visite **Medicare.gov/publications** para ver el manual "Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía Sobre Quién Paga Primero". También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte A?

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

Las personas que compran la Parte A pagarán una prima de $259 o hasta $471 por mes en 2021, dependiendo de cuánto tiempo ellos, o su cónyuge, hayan trabajado y pagado los impuestos de Medicare. Si necesita ayuda para pagar su prima de la Parte A, vea las páginas 90–91.

En la mayoría de los casos, si usted decide **comprar** la Parte A, también tendrá que tener la Parte B y pagar las primas mensuales de ambas partes. Si decide NO comprar la Parte A, puede comprar la Parte B.

Multa por inscripción tardía en la Parte A

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

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

¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?

En 2021, la cantidad estándar de la prima mensual para la Parte B es $148.50. La mayoría de las personas pagarán la cantidad de la prima estándar para la Parte B.

Si su ingreso bruto ajustado modificado está por encima de cierta cantidad, usted pagará un ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA, en inglés). IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima.

Para determinar si pagará el IRMAA, Medicare utiliza el ingreso bruto ajustado modificado que aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años.

Nota: También pagará una cantidad adicional por su prima de la Parte D (vea la página 78).

Si tiene que pagar una cantidad adicional y no está de acuerdo (por ejemplo, tiene un evento en su vida que reduce sus ingresos), visite socialsecurity.gov o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Multa por inscripción tardía en la Parte B

¡Importante!

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, quizá tenga que pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga la Parte B. La prima mensual de la Parte B podría aumentar hasta un 10% por cada período de 12 meses en los que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Por lo general, usted no paga esta multa si cumple ciertos requisitos que le permitan inscribirse en la Parte B durante un Período Especial de Inscripción. Vea la página 17.

Ejemplo: El Período Inicial de Inscripción del Sr. Torres terminó en diciembre de 2017. El Sr. Torres esperó para inscribirse en la Parte B hasta el Período General de Inscripción en marzo del 2020. Su cobertura comienza el 1 de julio de 2020. La multa de la prima de la Parte B es de 20%. (Si bien el Sr. Torres esperó un total de 27 meses antes de inscribirse, solamente se tienen en cuenta 2 períodos completos de 12 meses). Tendrá que pagar dicha multa mientras tenga la Parte B.

Para saber cómo obtener ayuda con los costos de Medicare, consulte la Sección 7, que comienza en la página 87.

¿Cómo puedo pagar la prima de la Parte B?

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

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

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

1. **Pague en línea con tarjeta de crédito o débito, cuenta corriente o de ahorros.** Para hacer esto, inicie sesión en su cuenta segura de Medicare.gov (o cree una cuenta). Pagar en línea es una forma segura y rápida de realizar su pago sin enviar su información personal por correo. Recibirá un número de confirmación cuando haga su pago.
2. **Pague directamente usando su cuenta corriente o de ahorros a través de los servicios de pago de facturas en línea de su banco.** Pregúntele a su banco si le permite a los clientes pagar sus facturas en línea. No todos los bancos ofrecen este servicio y algunos pueden cobrarle por el servicio. Tendrá que darle al establecimiento esta información:
   - **Su número de Medicare:** Es importante que use el número exacto en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare sin los guiones.
   - **Nombre del facturador:** CMS Medicare Insurance
   - **Dirección de pago:**
     Medicare Premium Collection Center
     P.O. Box 790355
     St. Louis, MO 63179-0355
3. **Puede inscribirse en el servicio Pago Fácil (Easy Pay),** un servicio gratuito que deduce automáticamente la cantidad de la **prima** de su cuenta corriente o de ahorro. Para más información visite Medicare.gov y busque "Pago Fácil" o llame al 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).
4. **Envíe su pago a Medicare por correo.** Puede pagar con cheque, giro postal, tarjeta de crédito o tarjeta de débito. Escriba su número de Medicare en su pago y complete su cupón de pago. Envíe el pago con su cupón a:

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

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

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

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

Para más información sobre cómo pagar sus primas de Medicare, visite Medicare.gov.

¡Importante! **Si necesita ayuda para pagar su prima de la Parte B,** vea las páginas 90–91.

SECCIÓN 2

Averigüe si Medicare paga por su examen, servicio o artículo

¿Cuáles son los servicios que cubre Medicare?

Las Partes A y B de Medicare cubren ciertos servicios médicos e insumos en hospitales, consultorios médicos y otros centros de salud. La Parte D de Medicare ofrece cobertura de medicamentos recetados.

Su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare muestra si tiene la Parte A (HOSPITAL), Parte B (MÉDICO), o ambas, y la fecha en que comienza su cobertura. Si tiene Medicare Original, usará la tarjeta para los servicios cubiertos por Medicare. Si se inscribe en un **plan Medicare Advantage** u otro **plan de salud de Medicare**, en la mayoría de los casos, usará la tarjeta de su plan para obtener los servicios cubiertos por Medicare.

Puede obtener todos los servicios cubiertos por Medicare en esta sección si tiene la Parte A y la Parte B.

¿Qué cubre la Parte A?

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

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

Vea las páginas 26–29 para una lista de servicios cubiertos por la Parte A y sus descripciones.

Use su dispositivo móvil
Obtenga información de cobertura Medicare directamente en su dispositivo móvil. Descargue la aplicación móvil “Qué está cubierto” de forma gratuita en App Store o Google Play.

Nota: La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 117–120.

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

Por cada servicio que aparece en las páginas siguientes, le pueden cobrar un copago, coseguro y deducible.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage o si tiene otro seguro (como Medigap, Medicaid o cobertura de un empleador o sindicato), sus copagos, coseguro o deducibles podrían variar. Visite Medicare.gov/plan-compare o hable con los planes que le interesan y pregunte sobre los costos. O, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Los servicios cubiertos por la Parte A

Sangre

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

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

La Parte A y/o la Parte B cubre el cuidado de salud en el hogar. Vea la página 40 para más información.

Cuidado de hospicio

Para recibir el cuidado de hospicio, su médico o un médico de hospicio (si tiene uno) debe certificar que usted tiene una enfermedad terminal y que probablemente le queden 6 meses de vida o menos. Cuando acepta el cuidado de hospicio, usted acepta los cuidados paliativos (por comodidad) en lugar del tratamiento para curar su enfermedad. También debe firmar una declaración seleccionando el cuidado de hospicio en lugar de otros tratamientos cubiertos por Medicare para su enfermedad terminal y afecciones relacionadas. La cobertura incluye:

- Todos los artículos y servicios necesarios para el alivio del dolor o para controlar los síntomas
- Servicios médicos, de enfermería y sociales
- Medicamentos para el manejo del dolor
- Equipo médico duradero para el alivio del dolor y el manejo de síntomas
- Ayudante para las tareas del hogar
- Otros servicios cubiertos que necesita para controlar su dolor y otros síntomas, así como asesoramiento espiritual y de cuita para usted y su familia.

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

El cuidado de hospicio no incluye alojamiento y comida, a menos que el equipo médico determine que usted necesita una estadía corta en un hospital para aliviar el dolor y otros síntomas. La estadía debe ser en un centro aprobado por

Medicare como un hospicio, centro de enfermería especializada u hospital que tenga un contrato con el hospicio.

Medicare cubre el cuidado de relevo para los pacientes internados, que es el cuidado que se le brinda a un paciente de hospicio, para que descanse el cuidador de costumbre. Usted puede quedarse en un centro aprobado por Medicare hasta 5 días cada vez que reciba cuidado de relevo. Medicare pagará por los servicios cubiertos que no estén relacionados con su enfermedad terminal. Después de 6 meses, usted puede seguir recibiendo cuidado de hospicio mientras que (en una reunión en persona) el director médico o el médico del hospicio sigan certificando que padece de una enfermedad terminal.

- Usted no paga por el cuidado de hospicio.
- Le cobrarán un **copago** de hasta $5 por cada receta para tratar el dolor y los síntomas si usted es un paciente ambulatorio.
- Tendrá que pagar el 5% de la **cantidad aprobada por Medicare** por el cuidado de relevo para pacientes internados.

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

Estadía en el hospital (internación)

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

- Usted paga un **deducible** y no le cobrarán un **coseguro** por una estadía de 1–60 días por cada **período de beneficio**.
- De 61–90 días le cobrarán un **coseguro** por día por cada período de beneficio.
- Usted tiene que pagar un coseguro por los "**días de reserva vitalicios**" después de los 90 días por cada período de beneficio (hasta 60 días de por vida).
- Después de los días de reserva vitalicios, usted paga todos los costos diarios.

Los servicios de salud mental que recibe en un hospital psiquiátrico se limitan a un período de 190 días durante toda su vida.

Nota: A partir del 1 de enero de 2021, los hospitales deben hacer públicos los cargos estándar de todos sus servicios y artículos (incluidos los cargos de los planes MA) para ayudarle a tomar decisiones más informadas sobre su cuidado.

¿Es usted un paciente internado o ambulatorio?

El ser paciente internado o ambulatorio afecta la cantidad que paga por los servicios de hospital y si califica para la cobertura de la Parte A en un centro de enfermería especializada.

- Usted es un paciente internado cuando el hospital lo admite formalmente con una orden médica.
- Usted es un paciente ambulatorio si recibe servicios de emergencia u observación, pruebas de laboratorio o radiografías (incluso si pasa la noche en el hospital) sin ser internado formalmente.

Cada día que esté en el hospital, usted o su cuidador siempre deben preguntarle al hospital y/o su médico, o un trabajador social o intermediario (ombudsman) del hospital, si es un paciente internado o ambulatorio.

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

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

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

Cuidado en un centro de enfermería especializada

Medicare cubre la habitación semi privada, comidas, enfermería especializada y terapia, y otros servicios e insumos médicos sólo después de una estadía mínima de 3 días en el hospital por **motivos médicos**, por una enfermedad o lesión relacionada. (**Nota:** Es posible que no necesite estar 3 días en el hospital si tiene un plan MA, su médico participa en una Organización Responsable de la Salud (u otro tipo de iniciativa de Medicare) aprobada para una exención de la pauta de 3 días en un centro de enfermería especializada. Vea la página 110.)

Puede recibir cobertura de cuidado de enfermería o terapia especializada si es necesaria para mejorar o mantener su condición actual. Si el centro decide darle de alta únicamente por falta de mejora, y no porque ya no necesite cuidado de enfermería o terapia especializada, puede apelar. Vea la página 96 para conocer sus derechos cuando piense que está siendo dado de baja demasiado pronto.

Para recibir cuidado en un centro, su médico debe indicar que necesita servicios diarios de enfermería especializada (como la aplicación de inyecciones intravenosas o terapia física) que sólo puede proporcionarse en un centro de enfermería especializada. Medicare no cubre el cuidado a largo plazo (vea la página 52) ni el **cuidado de custodia**.

Usted paga:

- Nada por los primeros 20 días de cada **período de beneficio**
- De 21–100 días paga un **coseguro** por cada período de beneficio
- Después de los 100 días usted paga todos los costos en cada período de beneficio

¿Qué cubre la Parte B?

La Parte B (seguro médico) ayuda a pagar los servicios del médico, cuidado para pacientes ambulatorios, cuidado de la salud en el hogar, equipo médico duradero, servicios de salud mental y otros servicios **necesarios por razones médicas**. La Parte B también cubre muchos **servicios preventivos**. Las páginas 30–50 incluyen una lista de los servicios comúnmente cubiertos por la Parte B y una descripción general de los mismos. Medicare puede cubrir algunos servicios y exámenes con más frecuencia de lo estipulado si se necesitan para diagnosticar algún problema médico. Para averiguar si Medicare cubre un servicio que no aparece en la lista visite **Medicare.gov/coverage**, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048.

Use su dispositivo móvil
Obtenga información de Medicare directamente en su dispositivo móvil. Descargue la aplicación móvil "Qué está cubierto" de forma gratuita en App Store o Google Play.

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

La lista en las páginas siguientes le brinda información general sobre lo que tiene que pagar en el Medicare Original si recibe los servicios de proveedores que aceptan la **asignación** (vea la página 55). Usted pagará más si sus médicos no aceptan la asignación. **Si está inscrito en un plan de salud de Medicare o si tiene otro seguro médico (como Medigap, Medicaid o cobertura de un empleador o sindicato), sus copagos, deducibles y coseguro podrían ser diferentes.**

En el Medicare Original, si se aplica el deducible de la Parte B ($203), usted tendrá que pagar todos los costos (de la **cantidad aprobada por Medicare**) hasta que haya cubierto la cantidad del deducible anual. Después de alcanzar su deducible, Medicare comenzará a pagar la porción que le corresponde y usted pagará generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para dicho servicio, si su médico acepta la asignación. **No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo.** Puede haber límites en la cobertura suplementaria que pueda tener, como Medigap, Medicaid o la cobertura del empleador o sindicato.

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

Los planes MA tienen un límite anual en los costos directos de su bolsillo para servicios médicos. Vea la página 60 para más información.

Los servicios cubiertos por la Parte B

Usted verá esta manzanita al lado de los **servicios preventivos** mencionados en las páginas 30–51.

Examen de aneurisma abdominal aórtico

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

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

Acupuntura para el dolor de espalda

Medicare cubre hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días para el dolor lumbar crónico que se define como:

- Dura 12 semanas o más
- No tiene una causa conocida (no relacionada con cáncer que se ha propagado, enfermedad inflamatoria o infecciosa).
- Dolor que no está asociado con cirugía o embarazo.

Se cubrirán 8 sesiones adicionales si muestra una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. Si su dolor lumbar crónico no mejora o empeora, entonces los tratamientos no estarán cubiertos.

Nota: Medicare no cubre la acupuntura para cualquier afección que no sea dolor lumbar crónico.

Planificación de instrucciones anticipadas

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

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

¿Necesita ayuda con sus voluntades anticipadas?
Visite el Localizador Eldercare de la Administración para Envejecimiento en **eldercare.acl.gov** para encontrar ayuda en su comunidad.

Consejería sobre el abuso del alcohol

Medicare cubre una evaluación sobre el abuso del alcohol una vez al año para los beneficiarios adultos (incluso mujeres embarazadas) que consumen alcohol, pero que no responden al criterio de alcoholismo. Si su proveedor de la salud determina que usted está abusando del alcohol, pueden brindarle hasta 4 sesiones breves de consejería al año (si usted está alerta y competente durante la sesión). Debe obtener la asesoría en el consultorio o en una clínica de cuidados primarios. Usted no paga si el médico o proveedor acepta la **asignación**.

Servicio de ambulancia

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

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

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

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

Centros de cirugía ambulatoria

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

Obtenga los costos estimados de los procedimientos ambulatorios realizados en centros quirúrgicos ambulatorios visitando **Medicare.gov/procedure-price-lookup**.

Servicios de integración de salud conductual

Si tiene una condición de salud del comportamiento (como depresión, ansiedad u otra condición de salud del comportamiento), Medicare puede pagarle a un proveedor de la salud para ayudarle a manejar esa condición si su proveedor ofrece el Modelo Psiquiátrico de Atención Colaborativa. Este modelo es un conjunto de servicios integrados de salud conductual que incluyen ayuda para la administración del cuidado si tiene una condición de salud conductual. Este servicio puede incluir:

- Planificación del cuidado para las condiciones de salud conductual
- Evaluación continua de su condición
- Medicamentos
- Asesoramiento
- Otros tratamientos recomendados por su proveedor

Su proveedor de la salud le pedirá que firme un acuerdo para que pueda obtener este conjunto de servicios mensualmente. Usted paga la cuota mensual, el **deducible** y **coseguro** de la Parte B.

Sangre

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

Densitometría ósea (medición de la masa ósea)

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

Detección de cáncer de mama (mamografía)

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

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

Rehabilitación cardíaca

Medicare cubre programas integrales de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería para pacientes que cumplen con una de estas condiciones:

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

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

Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)

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

Evaluaciones cardiovasculares

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

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

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

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

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

Quimioterapia

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

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

La quimioterapia que recibe como paciente internado en el hospital está cubierta por la Parte A. Vea Cuidado de Hospital (internación) en las páginas 27–28.

Servicios quiroprácticos (limitados)

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

Nota: Medicare no cubre otros servicios o exámenes ordenados por un quiropráctico, incluyendo radiografías, masajes y acupuntura. Si piensa que su quiropráctico le está enviando una factura a Medicare por servicios quiroprácticos no cubiertos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048 para informar sospechas de fraude.

Servicios de administración para el cuidado de enfermedades crónicas

Si usted tiene 2 o más enfermedades crónicas (como artritis y diabetes) que espera que duren por lo menos un año, Medicare puede pagar por la ayuda de un proveedor para el manejo de esas condiciones. Esto incluye un plan de cuidado total que detalle sus problemas de salud y metas, otros proveedores de la salud, medicamentos, los servicios comunitarios que tiene y los que necesita, al igual que, otra información sobre su salud. También le explica el cuidado que necesita y cómo éste será coordinado.

Si está de acuerdo con el servicio, el proveedor le preparará el plan de cuidado, le ayudará con el manejo de medicamentos, le proveerá acceso 24/7 para las necesidades de cuidado urgente, le ayudará con la transición de un ambiente de cuidado a otro, revisará sus medicamentos y cómo los toma y le ayudará con sus otras necesidades de cuidado relacionadas con su enfermedad. Usted paga una prima mensual y el deducible de la Parte B y **coseguro** aplican. Visite **Medicare.gov/coverage/chronic-care-management-services**, para más información.

Estudios clínicos

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

Nota: Si está inscrito en un **plan Medicare Advantage**, algunos gastos podrían estar cubiertos por Medicare y otros por su plan MA.

Examen para la detección de cáncer colorrectal

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

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

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

- **Sangre oculta en la materia fecal**: Si tiene 50 años o más, una vez cada 12 meses. El examen es gratis si su médico o proveedor de la salud autorizado acepta la asignación.
- **Sigmoidoscopia flexible:** Si tiene 50 años o más, una vez cada 4 años (48 meses) o 120 meses después de la colonoscopía anterior para aquellas personas que no son de alto riesgo. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico o proveedor autorizado acepta la asignación.
- **Colonoscopía:** Una vez cada 120 meses (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses) o 48 meses después de la sigmoidoscopia flexible previa. No hay edad mínima. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la asignación. **Nota:** Si su médico elimina un pólipo u otro tejido durante la colonoscopía, tal vez tenga que pagar el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico y un **copago** que le cobrará el departamento ambulatorio del hospital. No tiene que haber pagado el **deducible** de la Parte B.
- **Enema de bario:** Una vez cada 48 meses si tiene 50 años o más (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses) cuando se usa en lugar de una sigmoidoscopia o de una colonoscopía. Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios del médico. Como paciente ambulatorio del hospital tendrá que pagar el copago que cobra el hospital. El deducible de la Parte B no aplica.

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

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

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

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

Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco

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

Desfibrilador (automático implantable)

Medicare cubre estos dispositivos para las personas diagnosticadas con insuficiencia cardíaca. Si le hacen la cirugía como paciente ambulatorio, usted tiene que pagar el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico. Si lo colocan en el hospital, tendrá que pagar un **copago** que no puede exceder la cantidad del **deducible** de la Parte A para la internación. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Las cirugías para implantar el desfibrilador si lo internan, serán pagadas por la Parte A. Vea “Estadía en el hospital (internación)” en las páginas 27–28.

Evaluación de depresión

Medicare cubre una evaluación de depresión al año. La misma debe realizarse un entorno de cuidado primario (como el consultorio de un médico) que brinde tratamiento de seguimiento y **referidos**. Usted no paga si su médico acepta la **asignación**.

Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes

Medicare cubre un programa de cambio de comportamiento y estilo de vida, una vez por vida, para ayudarle a prevenir la diabetes tipo 2. El programa comienza con 16 sesiones básicas ofrecidas en un entorno grupal durante un período de 6 meses.

En estas sesiones, recibirá:

- Entrenamiento para hacer cambios de comportamiento realistas y duraderos usando dieta y ejercicios.
- Consejos sobre cómo hacer más ejercicio.
- Estrategias para controlar su peso.
- Un entrenador capacitado especialmente para ayudarle a mantenerse motivado
- Apoyo de personas con desafíos y metas similares.

Una vez que complete las sesiones principales, recibirá:

- 6 meses más de sesiones mensuales de seguimiento para ayudarle a mantener hábitos saludables
- 12 meses adicionales de sesiones de mantenimiento continuo si cumple con ciertas metas de pérdida de peso y asistencia

Para ser elegible, usted debe tener:

- Medicare Parte B (o un **Plan Medicare Advantage**)
- Una glucosa plasmática en ayunas de 110-125 mg/dL, una glucosa plasmática de 2 horas de 140-199 mg/dL (prueba de tolerancia oral a la glucosa) o un resultado de la prueba de hemoglobina A1c entre 5.7 y 6.4% dentro de los 12 meses previos a asistir a la primera sesión principal.
- Un índice de masa corporal (IMC) de 25 o más (IMC de 23 o más, si es asiático)
- Nunca ha sido diagnosticado con diabetes tipo 1 o tipo 2 o en etapa final Enfermedad Renal (ESRD)
- Nunca participó en el Programa de Prevención de Diabetes de Medicare

Usted no paga por estos servicios si es elegible. Para encontrar un proveedor del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare, visite **Medicare.gov/contacts**.

Evaluación de diabetes

Medicare paga hasta 2 exámenes de laboratorio de glucosa (con y sin desafío de carbohidratos) cada año si su médico determina que usted corre el riesgo de padecer de diabetes. Usted no paga si su médico o proveedor acepta la **asignación**.

Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes

Medicare cubre este entrenamiento para que los pacientes diabéticos aprendan a controlar la enfermedad. El programa puede incluir consejos para una alimentación saludable, mantenerse activo, monitorear el nivel de azúcar en la sangre, tomar los medicamentos y reducir los riesgos. Algunos pacientes también pueden ser elegibles para el entrenamiento de terapia de nutrición. Necesita una orden escrita de su médico o proveedor de la salud calificado tratando su diabetes. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Equipos y suministros para la diabetes y calzado terapéutico

Medicare cubre medidores que miden la glucosa en la sangre (también llamada azúcar) y suministros relacionados, incluyendo tiras reactivas, lancetas, dispositivos para lancetas y soluciones para el control de glucosa. Medicare también cubre tubos, juegos de inserción e insulina para pacientes que usan bombas de insulina y sensores para pacientes que usan monitores continuos de glucosa. Además, Medicare cubre un par de zapatos e insertos personalizados o de profundidad por año para personas con problemas específicos en los pies relacionados con la diabetes. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

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

Servicios del médico y otros proveedores de la salud

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

Medicamentos recetados (limitados)

Medicare cubre un número limitado de medicamentos, como las inyecciones que le aplican en el consultorio médico, ciertos medicamentos orales para el cáncer y los que se usan con cierto equipo médico duradero (nebulizadores o bombas de infusión externas), medicamentos inmunosupresores (vea la página 49); y en pocas circunstancias, algunos medicamentos que recibe como paciente ambulatorio en el hospital. Para algunos medicamentos utilizados con una bomba de infusión externa, Medicare también puede cubrir servicios (visitas de enfermería) bajo el beneficio de terapia de infusión en el hogar (vea la página 42). La Parte B también cubre algunos medicamentos inyectables o implantables para tratar el trastorno por uso de opioides cuando un proveedor lo administra en un consultorio médico o en un hospital como paciente ambulatorio (no tendrá que pagar un copago por estos servicios si los recibe de un programa de tratamiento de opioides inscrito en Medicare, vea la página 44). Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los medicamentos cubiertos y tiene que haber pagado el **deducible** de la Parte B.

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

Para otros ejemplos que no sean los mencionados anteriormente, usted paga el 100% de la mayoría de los medicamentos, a menos que tenga la Parte D u otra cobertura de medicamentos. Si desea más información, vea las páginas 75–86.

Equipo Médico Duradero (DME)

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

Asegúrese de que sus médicos y proveedores de equipo médico duradero (DME, en inglés) estén inscritos en Medicare. Es importante preguntarles a sus proveedores si participan en Medicare antes de obtener su DME. Si los proveedores participan en el programa de cobertura, deben aceptar la **asignación** (es decir, se deben limitar a cobrarle el **coseguro** y el **deducible** de la Parte B para la cantidad aprobada por Medicare). Si los proveedores no son “participantes” pueden elegir no

aceptar la asignación. Si los proveedores no aceptan la asignación, no hay límite a la cantidad que pueden cobrarle. Medicare no pagará por este tipo de reclamos.

Programa de Oferta Competitiva Equipo Médico Duradero, Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Suministros (DMEPOS): A partir del 1 de enero de 2021, si vive en o visita una área de oferta competitiva y necesita una ortesis estándar (OTS) para la espalda o rodilla incluidas en el Programa de Oferta Competitiva DMEPOS, generalmente debe utilizar proveedores inscritos en el programa de oferta competitiva si desea que Medicare le ayude a pagar su DMEPOS. Los proveedores contratados deben proporcionarle el artículo y aceptar la **asignación** como término de su contrato con Medicare.

Visite **Medicare.gov/supplierdirectory** para ver si vive o está visitando un área de oferta competitiva, o para encontrar proveedores que acepten la asignación. O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al 1-800-MEDICARE si tiene problemas con su proveedor de DME o si necesita presentar una queja.

Visite **Medicare.gov/publications** para ver el folleto, "Cobertura de Medicare de Equipos Médicos Duraderos y otros Dispositivos".

EKG/ECG de evaluación (electrocardiograma)

Medicare cubre un EKG de evaluación una sola vez si usted tiene una orden de su médico emitida como resultado de la visita médica preventiva única "Bienvenido a Medicare" (vea la página 50). Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B. También cubre un EKG como examen de diagnóstico (vea la página 48). Si le hacen el EKG en un hospital o en una clínica del hospital, también tendrá que pagar el **copago** del hospital.

Servicios de la sala de emergencia

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

Visitas virtuales

Medicare cubre visitas virtuales que le permiten hablar con su médico a través de un portal de pacientes en línea sin tener que ir al consultorio. Los proveedores que pueden ofrecer estos servicios incluyen médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla y lenguaje, trabajadores sociales clínicos con licencia y psicólogos clínicos.

Hable con su médico o proveedor de la salud para comenzar este tipo de servicios.

Anteojos después de la cirugía de cataratas

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

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

Servicios médicos de un centro autorizado federalmente

Los centros de salud autorizados por el gobierno federal (FQHCs, en inglés) ofrecen muchos servicios médicos primarios ambulatorios y **servicios preventivos** que usted recibe en ciertas clínicas en su comunidad. No hay un **deducible** y por lo general, usted paga el 20% de los cargos. Estos centros de salud deben ofrecerle un descuento si su ingreso es limitado. Visite **findahealthcenter.hrsa.gov** para encontrar un centro participante cerca de usted.

Vacuna contra la gripe/influenza

Medicare cubre una vacuna por temporada. Usted no paga si su médico o proveedor calificado acepta la **asignación**.

Examen de los pies y tratamiento

Medicare cubre los exámenes anuales para los pies si tiene daño en el nervio de la parte inferior de la pierna relacionado con la diabetes que puede aumentar el riesgo de pérdida de una extremidad. Esto puede incluir el tratamiento de las úlceras y callosidades del pie, y el manejo de las uñas de los pies según los resultados del examen. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B. Por los servicios ambulatorios que recibe en el hospital le cobrarán un **copago**.

Examen de glaucoma

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

Exámenes del oído y del equilibrio

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

Nota: Medicare no cubre los aparatos de asistencia auditiva o los exámenes para colocarlos.

Vacuna contra la hepatitis B

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

Prueba de detección para el virus de hepatitis B (HBV, en inglés)

Medicare cubre las pruebas si cumple con una de estas condiciones:

- La persona tiene un alto riesgo de infección por el HBV.
- La persona está embarazada.

Medicare cubrirá las pruebas de infección por el HBV si son ordenadas por un médico de cabecera.

Las pruebas para el virus de hepatitis B están cubiertas:

- Anualmente para aquellos con alto riesgo continuo que no reciben una vacuna contra la hepatitis B.
- Para mujeres embarazadas:
  - En la primera visita prenatal de cada embarazo.
  - Durante el parto para aquellas con factores de nuevos o continuados riesgos.
  - En la primera visita prenatal para embarazos futuros, incluso si recibió la vacuna contra la hepatitis B o si tuvo resultados negativos en la detección del HBV.

Usted no paga por la prueba de detección si el médico u otro proveedor de la salud calificado acepta la asignación.

Prueba de detección de hepatitis C

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

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

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

Medicare sólo cubrirá las pruebas de detección de hepatitis C si son ordenadas por un proveedor de la salud. Usted no paga por la prueba de detección si el proveedor acepta la asignación.

Examen del VIH

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

- Entre las edades de 15 y 65 años.
- Menores de 15 y mayores de 65, que corren un riesgo mayor.

Medicare también cubre esta prueba hasta 3 veces durante un embarazo.

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

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

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

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

- Tiene dificultad para salir de su casa sin ayuda (necesita el uso de un bastón, silla de ruedas, andador o muletas; transporte especial; o la ayuda de otra persona) debido a una enfermedad o lesión.
- No se recomienda que salga de su hogar debido a su condición médica.
- Normalmente no sale del hogar porque hacerlo significa un gran esfuerzo.

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

Servicios de terapia de infusión a domicilio

Medicare cubre equipos y suministros (como una bomba, tubos intravenosos y catéteres) para la terapia de infusión en el hogar para administrar ciertos medicamentos de infusión (por vía intravenosa) a un paciente en el hogar. Ciertos equipos y suministros (como la bomba de infusión) y el medicamento de infusión están cubiertos por el beneficio del Equipo Médico Duradero (vea la página 38). La Parte B de Medicare también cubre servicios (como visitas de enfermeras), entrenamiento para pacientes o cuidadores y monitoreo. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por estos servicios.

Servicios e insumos para diálisis renal

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

Servicios educativos sobre la insuficiencia renal

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

Servicios de laboratorio

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

Exploración (examen) para cáncer de pulmón

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

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

Por lo general, usted no paga por este servicio si el proveedor de salud acepta la **asignación**.

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

Terapia de nutrición

Medicare cubre los servicios de terapia de nutrición médica (MNT, en inglés) si tiene diabetes o insuficiencia renal, o si ha recibido un trasplante de riñón en los últimos 36 meses, y su médico los ordena. Los servicios de MNT son proporcionados sólo por Dietistas Registrados (RD) o profesionales de nutrición que cumplen con ciertos requisitos. Si tiene diabetes también puede ser elegible para el entrenamiento de autocontrol de la diabetes. Usted no paga por estos **servicios preventivos** porque el **deducible** y **coseguro** no aplican.

Servicios para la salud mental (ambulatorios)

Medicare cubre estos servicios para que usted pueda obtener ayuda con problemas psicológicos como la depresión y la ansiedad. La cobertura incluye los servicios generales que le brindan de manera ambulatoria (como en el consultorio médico, la oficina de otro proveedor de la salud, el departamento ambulatorio del hospital o centro comunitario de salud mental); se incluyen las consultas con el psiquiatra, psicólogo clínico o asistente social. También incluye los servicios del Programa de Hospitalización parcial (PHP, en inglés), que son servicios intensivos de salud mental ambulatorios brindados durante el día. Los servicios de PHP se brindan a través de un departamento ambulatorio del hospital o un centro comunitario de salud mental.

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

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

Evaluación y consejería sobre la obesidad

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

Terapia ocupacional

Medicare cubre la evaluación y tratamiento para que pueda realizar las actividades diarias (como vestirse o bañarse), mantener las capacidades actuales o disminuir lentamente cuando su médico u otro proveedor de la salud certifica que lo necesita. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides

Medicare cubre los servicios de tratamiento del trastorno por uso de opioides en los programas de tratamiento con opioides. Los servicios incluyen medicamentos (como la metadona y buprenorfina), asesoramiento, pruebas de drogas y terapia individual y grupal. Los servicios de asesoramiento y terapia están cubiertos en persona y virtualmente (utilizando tecnología de comunicación de audio/video bidireccional).

Medicare le paga a los médicos y otros proveedores por el tratamiento general de trastornos por consumo de opioides, incluyendo administración, coordinación del cuidado, psicoterapia y asesoramiento, cuando el tratamiento ocurre en el consultorio médico.

Bajo el Medicare Original, no paga por estos servicios si los obtiene de un proveedor de tratamiento de opioides que esté inscrito en Medicare. Sin embargo, aún aplica el deducible de la Parte B. Hable con su médico u otro proveedor de la salud para más información sobre estos servicios. También puede visitar **Medicare.gov/contacts** y seleccionar “Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides” para encontrar un programa cerca de usted.

Los **planes Medicare Advantage** también deben cubrir el servicio de tratamiento con opioides. Si tiene un plan Medicare Advantage, su programa actual debe estar inscrito en Medicare para asegurarse de que su tratamiento continúe sin interrupción. De lo contrario, tendrá que cambiar a un programa de tratamiento de opioides inscrito en Medicare. Dado que los planes Medicare Advantage pueden aplicar copagos a los servicios de tratamiento con opioides, debe consultar con su plan para ver si tiene que pagar un copago.

Servicios ambulatorios del hospital

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

Visite **Medicare.gov/procedure-price-lookup** para obtener los costos estimados de los procedimientos ambulatorios realizados en los departamentos ambulatorios de un hospital.

Servicios ambulatorios médicos, quirúrgicos e insumos

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

Terapia física

Medicare cubre la evaluación y tratamiento de lesiones y enfermedades que hayan afectado su capacidad para funcionar normalmente, mantener las capacidades actuales o disminuir decaimiento, cuando su médico u otro proveedor de la salud certifica que lo necesita. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Vacuna neumocócica

Medicare cubre dos inyecciones diferentes para prevenir la infección por neumococos (como ciertos tipos de pulmonía). Las dos vacunas son la vacuna neumocócica polisacárida de 23 valentes (PPSV23) y la vacuna neumocócica conjugada de 13 valentes (PCV13). Estas vacunas protegen contra diferentes cepas de la bacteria. Medicare cubre la primera vacuna en cualquier momento, y también cubre una segunda vacuna si se le administra un año (o después) de la primera vacuna. Hable con su médico u otro proveedor de la salud para averiguar si la necesita. Usted no paga si el médico u otro proveedor calificado que se la aplica acepta la **asignación**.

Examen de la próstata

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

Prótesis y aparatos ortopédicos

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

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

¡Importante!

Programa de Oferta Competitiva de Equipo Médico Duradero, Prostéticos, Ortóticos y Suministros (DMEPOS): Si vive o está visitando un área de oferta competitiva, debe utilizar proveedores específicos llamados “proveedores contratados” para que Medicare cubra su terapia de nutrición enteral o aparatos ortopédicos para la espalda o rodillas. Si no, Medicare no pagará y usted pagará el precio completo. Vea la página 39 para más información.

Rehabilitación pulmonar

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

Servicios médicos rurales

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

Segunda opinión sobre una cirugía

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

Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual

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

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

Usted no paga por los servicios si su médico de cabecera u otro proveedor calificado acepta la **asignación**.

Vacunas

La Parte B cubre:

- La vacuna contra la gripe. Página 40.
- La vacuna contra la Hepatitis B. Página 41.
- La vacuna neumocócica. Página 45.

La cobertura de medicamentos (Parte D) cubre todas las demás vacunas recomendadas para adultos (como las vacunas contra la culebrilla, tétanos, difteria y tos ferina) para prevenir enfermedades. Hable con su proveedor sobre cuáles son las adecuadas para usted.

Servicios de patología del lenguaje/habla

Medicare cubre la evaluación y tratamiento brindado para recuperar y fortalecer las destrezas del habla y del lenguaje, incluidas las destrezas cognitivas y la habilidad para tragar, mantener las capacidades actuales o disminuir lentamente cuando sean ordenados por su médico o si otro proveedor de la salud certifica que usted los necesita. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Vendajes quirúrgicos

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

Telemedicina (Telesalud) (limitado)

Medicare cubre los servicios de telesalud proporcionados por un médico u otro proveedor de la salud que se encuentra en otro lugar utilizando tecnología interactiva de audio y video bidireccional en tiempo real. La telesalud puede ofrecer muchos servicios que generalmente ocurren en persona, incluyendo visitas médicas, psicoterapia, consultas y otros servicios médicos o de salud, pero sólo cuando se encuentra en una oficina u otro centro médico ubicado en un área rural.

Puede obtener servicios de telesalud de Medicare sin estar en un entorno de cuidado médico rural, incluyendo:

- Visitas mensuales de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) para diálisis en el hogar.
- Para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo donde quiera que esté, incluso en una unidad de accidente cerebrovascular móvil.
- Servicios para tratar el abuso de sustancias o un trastorno de salud mental relacionado desde el hogar.

Para la mayoría de estos servicios, pagará la misma cantidad que pagaría si recibiera los servicios en persona.

Los **planes Medicare Advantage** y proveedores que forman parte de ciertas Organizaciones Responsables del Cuidado de Salud (ACOs) pueden ofrecer más beneficios de telesalud que el Medicare Original. Estos beneficios estarán disponibles sin importar dónde se encuentre, y puede usarlos en su hogar en lugar de ir a un consultorio médico. Consulte con su plan sobre los beneficios disponibles. Si su proveedor participa en una ACO, consulte con ellos para ver qué beneficios de telesalud pueden estar disponibles. Para más información sobre los planes Medicare Advantage, vea la página 57. Para información sobre las ACOs, vea la página 110.

Exámenes (que no sean los análisis de laboratorio)

Medicare cubre los rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans), Electrocardiograma (EKG) y otros exámenes de diagnóstico. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B. Si le hacen estos exámenes como paciente ambulatorio en un hospital, usted paga el **copago** que puede ser más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare, pero no más de la cantidad del deducible de la Parte A para los servicios de internación. Vea “Servicios de laboratorio” en la página 43 para más información.

Servicios de administración para el cuidado de transición

Medicare puede cubrir este servicio si regresa a su comunidad después de una estadía en determinadas instituciones, como un hospital o centro de enfermería especializada. El proveedor que administra su regreso a la comunidad trabajará para coordinar y administrar su cuidado durante los primeros 30 días después de regresar al hogar. Éste trabajará con usted y su familia y cuidador(es), según sea lo apropiado, y con sus otros proveedores de salud. También recibirá una consulta en persona durante las 2 semanas de haber regresado al hogar. El

proveedor de su cuidado también revisará la información sobre el cuidado recibido en el centro, ayudará con su transición, sus **referidos** o citas médicas de seguimiento o recursos en la comunidad, y administración de medicamentos. Tendrá que pagar el deducible y **coseguro** de la Parte B.

Trasplantes y medicamentos inmunosupresores

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

Nota: La cirugía de trasplante puede estar cubierta como una estadía en el hospital bajo la Parte A. Vea las páginas 27–28 para más información.

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

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

Nota: La cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D) cubre medicamentos inmunosupresores, si la Parte B no los cubre.

> Medicare paga el costo total del cuidado de su donante de riñón. Usted y su donante no pagan un deducible, **coseguro** ni ningún otro costo por la estadía en el hospital.

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

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

- Si la emergencia ocurrió dentro de los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición.
- Si está viajando por Canadá sin retraso considerable y por la ruta más directa entre Alaska y otro estado cuando ocurre la emergencia médica, y el hospital canadiense está más cerca que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición.

- Si vive en los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca de su domicilio que el hospital estadounidense más cercano que puede tratar su condición, independientemente de que sea o no una emergencia.

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

Atención (cuidado) urgente

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

Consultas virtuales

Medicare cubre consultas virtuales con su médico u otros proveedores, como enfermeros practicantes o asistentes médicos, utilizando un dispositivo como su teléfono o sistema integrado de audio/video. Su médico también puede hacer evaluaciones usando fotos o imágenes de video que usted envía para su revisión y ver si necesita ir al consultorio del médico.

Su médico u otro proveedor puede responderle mediante un teléfono, audio/visita, mensaje de texto seguro, correo electrónico o un portal para pacientes.

Usted puede usar estos servicios si cumple con estas condiciones:

- Debe hablar con su médico u otro proveedor para comenzar este tipo de visitas.
- La comunicación no debe estar relacionada con una visita médica dentro de los últimos 7 días y no debe conllevar a una visita médica dentro de las próximas 24 horas (o la cita más cercana disponible).
- Debe dar su consentimiento verbal para la consulta virtual y su consentimiento debe estar documentado en su expediente médico. Su médico puede obtener un consentimiento para un año de estos servicios.

Visita médica preventiva “Bienvenido a Medicare”

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

¡Importante!

Si el médico o proveedor le hace exámenes o servicios adicionales durante la misma visita y los mismos no son considerados servicios preventivos, tendrá que pagar un **coseguro** y el deducible de la Parte B. Si Medicare no paga por los exámenes o servicios adicionales (por ejemplo, un examen físico de rutina), tendrá que pagar la cantidad total.

Examen anual de "Bienestar"

Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede hacerse el examen anual de "Bienestar" para crear o actualizar el plan personalizado para prevenir enfermedades basándose en su estado de salud y factores de riesgo. Medicare cubre esta visita una vez cada 12 meses. **Esta visita no es un examen físico.**

Su proveedor le pedirá que llene un cuestionario breve conocido como "Evaluación de Riesgo para la Salud" durante la visita. Sus respuestas contribuirán a crear un plan de prevención que lo ayude a mantenerse sano y beneficiarse al máximo con este examen. Su visita también debe incluir una revisión de **servicios preventivos** incluyendo educación y orientación sobre prueba y vacunas recomendadas, así como **referidos** para otro cuidado, de ser necesario. Cuando haga la cita, dígales que la quiere para la visita anual de "Bienestar".

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

Usted no paga por el examen anual de "Bienestar" si su médico o proveedor de la salud acepta la **asignación**.

¡Importante! Si el médico o proveedor le hace otro examen o le brinda otro servicio durante la misma visita y los mismos no son considerados como servicios preventivos, tendrá que pagar un **coseguro** y el **deducible** de la Parte B. Si los exámenes o servicios adicionales no están cubiertos por Medicare (como un examen físico de rutina), tendrá que pagar la cantidad total.

Lo que NO cubren las Partes A y B

Medicare no cubre todos los servicios. Si usted necesita un servicio que la Parte A o B no cubren, tendrá que pagarlo de su bolsillo a menos que:

- Tenga otro seguro (incluyendo Medicaid) que cubra estos gastos.
- Esté inscrito en un **plan Medicare Advantage** que cubre dichos servicios. Los planes Medicare Advantage pueden cubrir beneficios adicionales, como programas de visión, audición, cuidado dental y acondicionamiento físico.

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

- ✖ El cuidado dental
- ✖ El examen de la vista para recetarle anteojos
- ✖ Las dentaduras
- ✖ La cirugía estética
- ✖ Terapia de Masajes
- ✖ Los audífonos y los exámenes para colocarlos
- ✖ El cuidado a largo plazo (vea la página 52)

- ✖ Cuidado de guarda (también llamada medicina a la carta, medicina basada en anticipos, medicina prepagada, medicina boutique, práctica de platino, atención directa o cuidado directo).
- ✖ Artículos o servicios cubiertos que obtiene de un médico de exclusión voluntaria u otro proveedor (excepto en el caso de una emergencia o necesidad urgente)

El pago del cuidado a largo plazo

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

Recursos para el cuidado a largo plazo

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

- Visite **longtermacare.acl.gov** para averiguar sobre la planificación del cuidado a largo plazo.
- Llame al Departamento Estatal de Seguro para obtener información sobre el seguro de cuidado a largo plazo. Visite **Medicare.gov/contacts** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su oficina de Medicaid (Oficina Estatal de Asistencia Médica) y pregunte sobre la cobertura de cuidado a largo plazo. Para obtener el teléfono número de su estado, visite **Medicare.gov/contacts**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE.
- Obtenga una copia de "Una Guía para los Compradores de Seguros de Cuidado a Largo Plazo" de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros en **naic.org/documents/prod_serv_consumer_ltc_lp.pdf**.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 113–116.
- Visite el Localizador Eldercare de la Administración para Envejecimiento en **eldercare.acl.gov** para encontrar ayuda en su comunidad.

Los Planes para Necesidades Especiales (SNP) son un tipo de **plan Medicare Advantage** que puede cubrir el cuidado a largo plazo si tiene Medicare y Medicaid. Vea la página 66 para más información. Además, algunos planes Medicare Advantage pueden cubrir ciertos beneficios adicionales, como los servicios de cuidado diurno para adultos. Vea la página 58.

SECCIÓN 3

Medicare Original

¿Cómo funciona el Medicare Original?

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

Por lo general, usted paga una parte de cada servicio. No hay límite para lo que pagará de su bolsillo en un año a menos que tenga otro seguro (como Medigap, Medicaid, o cobertura de empleador o sindicato). En la página siguiente explicaremos las normas de funcionamiento.

Medicare Original

¿Puedo atenderme con cualquier médico, proveedor u hospital?	En la mayoría de los casos sí. Usted puede escoger cualquier médico, hospital, proveedor o clínica que participe en Medicare y que acepte nuevos pacientes con Medicare. Visite **Medicare.gov** para encontrar y comparar proveedores, hospitales y clínicas en su área.
¿Cubre las recetas médicas?	Con unas pocas excepciones (vea las páginas 26–27, 47 y 49), la mayoría de los medicamentos no están cubiertos. Usted puede agregar esta cobertura inscribiéndose en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D). Vea las páginas 75–86.
¿Debo escoger un médico de cabecera?	No.
¿Necesito un referido para consultar un especialista?	En la mayoría de los casos no, pero el proveedor tiene que estar inscrito en Medicare.
¿Necesito una póliza suplementaria?	Es posible que usted ya tenga un seguro de su empleador o sindicato que pague por lo que el Medicare Original no cubre. Si no es su caso, tal vez le convenga comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare). Vea las páginas 71–74.

Nota: La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 117–120.

¿Qué más debo saber acerca del Medicare Original?	• Usted generalmente paga una cantidad fija por sus servicios de salud (**deducible**) antes de que Medicare pague su parte. Luego, Medicare paga la parte que le corresponde y usted paga la suya (el **coseguro**/**copago**) por los servicios y suministros cubiertos. **No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo.** • Generalmente paga la **prima** mensual de la Parte B. • Por lo general, usted no envía sus reclamaciones a Medicare. Los proveedores tienen que presentar las reclamaciones a Medicare por los servicios y suministros que usted recibe.

¿Cuánto me corresponde pagar?

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

- Si tiene las Partes A y/o B de Medicare. La mayoría de los beneficiarios tienen las dos.
- Si su médico o proveedor acepta la "**asignación**." Vea la página 55 para más información.
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si recibe servicios o suministros que Medicare no cubre, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios a menos que tenga otro seguro.
- Si su otro seguro trabaja con Medicare.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda estatal para pagar por los costos de Medicare.
- Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare).
- Si usted y su médico u otro proveedor de la salud firman un contrato privado. Vea la página 56.

¿Cómo puedo saber cuánto paga Medicare?

Si está inscrito en el Medicare Original, recibirá por correo un "Resumen de Medicare" (MSN, en inglés) cada 3 meses, con un detalle de los servicios facturados a Medicare. Lo que usted debe pagarle al proveedor y lo que pagó Medicare. El MSN no es una factura. Revise su MSN para asegurarse de haber recibido todos los servicios, suministros o equipos mencionados. Si no está de acuerdo con la decisión de Medicare de no pagar (cubrir) un servicio, el MSN le informará cómo apelar. Consulte la página 95 para más información sobre cómo presentar una apelación.

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

Su MSN le informará si está inscrito en el Programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, en inglés). Si está en el programa QMB, los proveedores de Medicare no pueden cobrarle por los **deducibles**, **coseguro** o **copagos** de la Parte A y/o Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre QMB y los pasos a seguir si se le factura por estos costos, consulte la página 90.

¡Importante!

Obtenga su Resumen de Medicare electrónicamente

Obtenga su "Resumen de Medicare" electrónicamente (también llamado el "eMSN"). Puede inscribirse en **Medicare.gov**. Si se inscribe en el eMSN, le enviaremos un correo electrónico mensualmente informándole que su eMSN está disponible en su cuenta electrónica de Medicare. El eMSN tiene toda la información que contiene el MSN de papel. No recibirá copias impresas por correo si elige eMSN.

Un número creciente de aplicaciones informáticas y móviles están conectadas a Medicare a través del Botón Azul 2.0. Si acepta compartir su información con una de estas aplicaciones, recibirá detalles de las reclamaciones que Medicare ha pagado. Vea la página 107 para más información.

¿Qué es la asignación?

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

Si su médico o proveedor acepta la asignación:

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

Algunos proveedores no han acordado y no están obligados por ley a aceptar asignaciones para todos los servicios cubiertos por Medicare, pero aún pueden elegir aceptar asignaciones para servicios individuales. Los proveedores que no aceptan la asignación de todos los servicios se consideran "no participantes". Es posible que tenga que pagar más por sus servicios si no aceptan la asignación del cuidado que le brindan. Si su proveedor de la salud no acepta la asignación:

- **Tal vez tenga que pagar por el servicio cuando lo reciba.** Su médico o proveedor deben enviar la reclamación a Medicare por cada servicio que le brinden. Si no presentan la reclamación después de que usted lo haya pedido, llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **Pueden cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare, hasta un**
- **cierto límite conocido como "cargo limitante" o "cargo límite".**

Si tiene Medicare Original, puede consultar a cualquier proveedor que acepte Medicare, en cualquier parte de los Estados Unidos.

Si tiene un **plan Medicare Advantage**, en muchos casos, deberá utilizar los médicos y proveedores que se encuentran en la red y el área de servicio del plan para los costos más bajos.

Para averiguar si un médico o proveedor acepta la **asignación** o participa en Medicare, vaya a **Medicare.gov/care-compare** o **Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**. O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda gratuita con estos temas. Vea las páginas 113–116 para obtener el número de teléfono.

¿Qué sucede si tengo un proveedor que "opta por no participar" en Medicare?

Ciertos médicos y otros proveedores que no desean trabajar con el programa de Medicare pueden "optar por no participar" en Medicare. Medicare no pagará, excepto en caso de emergencia o necesidad urgente, por los artículos o servicios cubiertos que reciba de un médico u otro proveedor no participante. Si aún desea ver un proveedor de "exclusión voluntaria", usted y su proveedor pueden establecer condiciones de pago que ambos acuerden mediante un contrato privado.

Un médico u otro proveedor que decida darse de baja lo hará por dos años, el cual se renovará automáticamente cada dos años a menos que el proveedor solicite no renovar su estado de exclusión. Si desea encontrar un proveedor de "exclusión voluntaria", visite **Medicare.gov/forms-help-resources/find-providers-whove-opted-out-of-medicare**. Puede buscar un proveedor por su **Identificador de Proveedor Nacional** (NPI, en inglés), nombre y apellido, especialidad o código postal.

SECCIÓN 4

Los planes Medicare Advantage (MA) y otras opciones

¿Qué son los planes Medicare Advantage?

Un **plan Medicare Advantage** es otra manera de recibir los beneficios de Medicare. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage sigue estando en el programa Medicare. A los planes Medicare Advantage a veces se les conoce como la "Parte C" o "Planes MA" y son ofrecidos por compañías aprobadas por Medicare. La mayoría incluyen cobertura de medicamentos recetados (Parte D). Es posible que necesite usar a los proveedores que participan en la red del plan, a menos que el plan ofrezca cobertura fuera de la red, pero pueden costar más. Recuerde, debe usar la tarjeta de su plan MA para obtener los servicios cubiertos por Medicare. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, ya que la necesitará si alguna vez cambia de nuevo al Medicare Original.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, seguirá teniendo Medicare, pero su plan MA le proveerá la mayor parte de su cobertura (Partes A y B).

Hay varios tipos de planes Medicare Advantage (MA)

- **Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO):** Vea la página 62.
- **Planes HMO con Opción de Punto de Servicio (HMOPOS):** Un plan HMO que podría permitirle recibir servicios fuera de la red pagando un **copago** o **coseguro** más alto.
- **Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA):** Vea la página 63.
- **Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO):** Vea la página 64.
- **Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS):** Vea la página 65.
- **Planes para Necesidades Especiales (SNP):** Vea la página 66.

¿Qué cubren los planes Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage cubren casi todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Estos planes dan cobertura durante una emergencia o necesidad de cuidado urgente. Los planes MA deben cubrir casi todos los servicios que **médicamente necesarios** cubre el Medicare Original. Sin embargo, si está en un plan Medicare Advantage, el Medicare Original cubre el cuidado de hospicio, algunos nuevos beneficios de Medicare y algunos costos de los ensayos clínicos.

Nota: La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 117–120.

¡Importante!

Los planes pueden ofrecer beneficios adicionales

Algunos **planes Medicare Advantage** ofrecen cobertura para cosas que no están cubiertas por el Medicare Original, como programas para la visión, audición, dentales y bienestar (membresías de gimnasio o descuentos). Los planes también pueden cubrir el transporte a consultas médicas, medicamentos de venta libre, servicios de cuidado diurno para adultos y otros servicios que promueven su salud y bienestar. Los planes también pueden adaptar sus ofertas de planes a personas con ciertas condiciones de salud. Estas ofertas ofrecen beneficios personalizados para tratar esas condiciones. Consulte con el plan para revisar la elegibilidad, beneficios y limitaciones.

Los Planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare

Medicare paga a las compañías que ofrecen estos planes una cantidad fija cada mes. Los planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare. Sin embargo, cada plan MA puede tener gastos del bolsillo diferentes, así como normas diferentes sobre cómo obtener sus servicios (por ejemplo si necesita ser **referido** para ver un especialista o si tiene que atenderse con médicos, proveedores y en hospitales de la red del plan para los servicios que no sean de emergencia o urgentes). Estas normas pueden cambiar cada año. El plan tiene que notificarle estos cambios antes de que comience el nuevo período de inscripción. **Recuerde, usted tiene la opción de mantener su plan actual, elegir un plan diferente o cambiar al Medicare Original cada año** (vea la página 67). Su plan también puede cambiar los proveedores de la red en cualquier momento durante el año. Si esto sucede, es posible que necesite elegir un nuevo proveedor. Normalmente no puede cambiar de plan durante el año si esto sucede.

Aunque la red de proveedores puede cambiar durante el año, el plan debe darle acceso a médicos y especialistas calificados. Su plan hará un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará su plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor. Su plan también lo ayudará a elegir un nuevo proveedor para continuar administrando sus necesidades de cuidado médico.

Por lo general, usted no necesita un referido para ver un especialista si tiene Medicare Original. Usted puede ver a cualquier proveedor en los Estados Unidos que acepte a Medicare. Vea la página 53.

¡Importante!

Lea la información de su plan

Si está inscrito en un **plan MA**, revise la Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés) y el Aviso Anual de Cambio (ANOC, en inglés) que el plan le envía cada año.

- **ANOC:** Incluye cambios hechos a la cobertura, precios, área de servicio que entrarán en vigencia en enero. Su plan le enviará una copia impresa antes del 30 de septiembre.
- **EOC:** Brinda detalles sobre la cobertura del plan, lo que tiene que pagar y más. Su plan le enviará un aviso (o copia impresa) antes del 15 de octubre, que incluye información de cómo tener acceso electrónico al EOC o solicitar una copia impresa.

Si no ha recibido estos documentos importantes, comuníquese con su plan.

Más sobre los Planes Medicare Advantage (MA)

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage debe:

- Tener la Parte A y Parte B.
- Vivir en el área de servicio del plan.

La inscripción y cancelación

- Usted puede inscribirse en un plan MA aun si tiene un problema de salud preexistente.
- **Usted sólo puede inscribirse o retirarse de un plan durante ciertos períodos del año.** Vea las páginas 67–68.
- Cada año los planes MA pueden abandonar el programa Medicare o cambiar los servicios que cubren y lo que le cobran. Si el plan deja de participar en el programa Medicare, tendrá que inscribirse en otro plan Medicare Advantage o regresar al Medicare Original (vea la página 94).
- Los planes MA deben cumplir ciertas normas cuando le estén proporcionando información para inscribirse. Vea la página 102 para averiguar sobre estas normas y para proteger su información personal.

¿Qué pasa si padezco de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)?

Si tiene ESRD, puede inscribirse en un plan MA durante la Inscripción Abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2020). La cobertura de su plan comenzará el 1 de enero de 2021.

Cobertura de medicamentos (Parte D)

La mayoría de los planes Medicare Advantage incluyen la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D). En ciertos tipos de planes que no incluyen la cobertura de medicamentos (como los planes de Cuentas de Ahorros Médicos y algunos planes Privados de Pago por Servicio), puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte. Sin embargo, si se inscribe en un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud o de Organización de Proveedores Preferidos que no cubre medicamentos, no podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.

Si tiene otra cobertura
Hable con su administrador de beneficios, empleador o sindicato sobre las normas que se aplican antes de inscribirse en un **plan Medicare Advantage**. En algunos casos, si tiene la cobertura de un empleador o sindicato y se inscribe en un plan MA puede que pierda dicha cobertura. Recuerde que si esto ocurre, también su cónyuge y dependientes pueden perder la cobertura. En otros casos, si se inscribe en un plan MA y tiene cobertura de un empleador o sindicato, puede seguir usando esta cobertura junto con la de su plan. Su empleador o sindicato también puede patrocinar un plan MA para jubilados.

Si tiene Medigap (seguro suplementario a Medicare)
Usted no puede inscribirse en (y no necesita) Medigap mientras esté inscrito en un plan MA. No podrá usarlo para pagar cualquier gasto bajo el plan MA (**copagos**, **deducibles**, **primas**).

¡Importante! Si tiene Medigap y se inscribe en un plan MA, puede cancelar su póliza Medigap. **Si cancela su póliza Medigap, en la mayoría de los casos, no podrá recuperarla. Vea la página 74.**

¿Cuánto cuesta?
Los gastos directos de su bolsillo en un **plan Medicare Advantage** dependerán de:

- Si el plan le cobra una prima mensual. Muchos de los planes MA no cobran una prima. Si se inscribe en un plan que cobra una prima, usted paga ésta y la prima de la Parte B.
- Si el plan paga alguna parte de la prima mensual de Medicare. Como beneficio adicional, algunos planes MA ayudarán a pagar la totalidad o parte de su prima de la Parte B. Este beneficio a veces se conoce como la “reducción de la prima de la Parte B de Medicare”.
- Si el plan cobra un deducible anual o cualquier deducible adicional.
- Cuánto le corresponde pagar a usted por cada visita o servicio (copago o **coseguro**). Los planes Medicare Advantage no pueden cobrar más que el Medicare Original por ciertos servicios, como quimioterapia, diálisis y atención en **centros de enfermería especializada**.
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si se atiende con un médico o proveedor que acepta la **asignación** (si usted está inscrito en un PPO, PFFS, o MSA y usa los servicios fuera de la red del plan). Vea la página 55 para más información.
- Si usa proveedores de la red del plan o de un proveedor que no tiene contrato con el plan. Si acude a un médico, proveedor o centro que no pertenece a la red del plan para servicios médicos que no sean de emergencia o de urgencia, es posible que sus servicios no estén cubiertos o que sus costos sean más altos. En la mayoría de los casos, esto le aplica a los HMOs y PPOs.
- Si el plan ofrece beneficios adicionales (además de los beneficios del Medicare Original) y si necesita pagar más para obtenerlos.
- Si el plan tiene un límite anual para el gasto directo de su bolsillo para todos los servicios médicos por las Partes A y B. Una vez que haya llegado al límite, ya no tendrá que pagar por los servicios cubiertos.

- Si tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado a través del Programa de Ahorros de Medicare (vea las páginas 90–92).

Para más información sobre los costos de un plan Medicare Advantage específico, visite llame al plan o **Medicare.gov/plan-compare**.

¿Cómo sé lo que está cubierto?
Puede obtener una decisión de su plan por adelantado para ver si un servicio, medicamento o suministro está cubierto. También puede averiguar cuánto tendrá que pagar. **Esto se llama "determinación de la organización".** A veces, debe hacerlo como autorización previa para que se cubra el servicio, el medicamento o el suministro.

Usted, su representante o su médico pueden solicitar una determinación de la organización. También tiene la opción de solicitar una decisión rápida, según sus necesidades de salud. Si su plan niega la cobertura, el plan debe informarle por escrito y usted tiene derecho a una apelación (vea las páginas 94–96).

Si un proveedor del plan lo refiere a un servicio o a un proveedor fuera de la red, pero no recibe una determinación de la organización por adelantado, **esto se llama "cuidado dirigido por el plan"**. En la mayoría de los casos, no tendrá que pagar más que el costo compartido habitual del plan. Consulte con su plan para más información sobre esta protección.

Los tipos de planes Medicare Advantage

HMO

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?
No. Por lo general debe recibirlos de médicos y hospitales de la red del plan (excepto en emergencias, atención urgente o diálisis temporal que esté cubierta por el plan dentro o fuera del área). En algunos planes, tal vez pueda obtener ciertos servicios fuera de la red por un costo más elevado. Se le conoce como HMO con opción de punto-de-servicio (POS).

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

¿Debo escoger un médico de cabecera?
En la mayoría de los casos, debe hacerlo.

¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?
Sí, en la mayoría de los casos. Ciertos servicios como las mamografías anuales no lo necesitan.

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

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

MSA

Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?
Si. Los planes MSA no siempre tienen una red de médicos, otros proveedores de la salud y hospitales.

¿Cubre los medicamentos recetados?
No. Si se inscribe en un plan Medicare MSA y necesita cobertura de medicamentos, tendrá que inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (PDP).

¿Debo escoger un médico de cabecera?
No.

¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?
No.

¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?
El plan deposita dinero en una cuenta de ahorros especial. La cantidad del depósito varía según el plan. Puede usar este dinero para pagar los costos de cuidado médico cubiertos por Medicare antes de alcanzar el deducible. El dinero restante en su cuenta al final del año permanece en su cuenta. Si mantiene su plan el año siguiente, el nuevo depósito se agregará a la cantidad restante.

- Los planes MSA no cobran una prima, pero debe continuar pagando su prima de la Parte B.
- Algunos planes pueden cubrir beneficios adicionales, como dental, visión y audición. Puede pagar una prima si utiliza estos servicios.
- Para más información sobre el uso de su plan MSA, visite Medicare.gov o consulte con su plan.

PPO

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?
Sí. Los PPO tienen una red de médicos y hospitales pero usted también puede atenderse con proveedores que no pertenecen a la red, generalmente pagando un poco más. El cuidado de emergencia y urgente siempre está cubierto.

¿Cubre los medicamentos recetados?
En la mayoría de los casos los cubre. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un PPO que la ofrezca.

¿Debo escoger un médico de cabecera?
No.

¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?
En la mayoría de los casos no. Pero si usa especialistas del plan (dentro de la red), sus costos por los servicios cubiertos generalmente serán más bajos que si usa los especialistas que no pertenecen al plan (fuera de la red).

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

- Puede ahorrar dinero usando los proveedores “preferidos” del plan.
- Los planes PPO son distintos al Seguro Suplementario a Medicare (Medigap) o el Medicare Original.
- Usualmente ofrece beneficios adicionales que el Medicare Original, pero es posible que tenga que pagar más por ellos.
- Consulte con el plan para más información.

PFFS

Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS)

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

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

¿Debo escoger un médico de cabecera?
No.

¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?
No.

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

- El plan decide cuánto le corresponde pagar por los servicios. El plan le informará sobre su participación de costos compartidos en los documentos del "Aviso Anual de Cambio" (ANOC) y "Evidencia de Cobertura" (EOC) que se envía cada año.
- Algunos PFFS tienen un contrato con proveedores de la red que aceptan tratarlo siempre, inclusive si no lo han visto antes.
- Los médicos, hospitales y proveedores que no pertenecen a la red, pueden decidir en cada caso, si lo tratan o no, aun si usted ya era paciente de ellos.
- Antes de atenderse, asegúrese de mostrar su tarjeta del plan antes de recibir tratamiento.
- En una emergencia, los proveedores y hospitales deben atenderlo.
- Consulte con el plan para más información.

SNP

Planes para Necesidades Especiales (SNP)

Un Plan de Necesidades Especiales (SNP) brinda beneficios y servicios a las personas con enfermedades específicas, ciertas necesidades de atención médica o ingresos limitados. Los SNPs adaptan sus beneficios, opciones de proveedores y formularios de medicamentos para satisfacer las necesidades específicas de los grupos a los que sirven.

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico, otro proveedor de la salud u hospital?
Algunos SNP cubren servicios fuera de la red y otros no. Verifique con el plan para ver si cubren servicios fuera de la red y, de ser así, cómo afectan sus costos.

¿Cubre los medicamentos recetados?
Sí. Todos los SNP deben ofrecer la cobertura de medicamentos.

¿Debo escoger un médico de cabecera?
Por lo general, sí.

¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?
Sí, en la mayoría de los casos. Pero no lo necesita para servicios como las mamografías anuales.

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

- Estos grupos son elegibles para inscribirse en un SNP
  - Personas que viven en ciertas instituciones (como asilos de ancianos) o requieren ese tipo de cuidado en sus hogares (también llamado SNP institucional o I-SNP).
  - Personas que son elegibles para Medicare y Medicaid (también llamado un SNP Elegible Dual o D-SNP).
  - Personas que padecen de uno o más problemas de salud crónicos o que los incapaciten (como diabetes, enfermedad renal en etapa final, insuficiencia cardíaca, demencia o VIH/ SIDA) (también llamada Condición Crónica SNP o C-SNP). Los planes pueden limitar aún más a los miembros que aceptan.
- Un SNP ofrece beneficios dirigidos a las necesidades especiales de sus miembros, incluidos los servicios de coordinación del cuidado.
- Visite Medicare.gov/plan-compare para ver los planes disponibles en su área. Seleccione “Agregar Planes de Necesidades Especiales” si la opción está disponible.
- Consulte con el plan para más información.

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

- **Período Inicial de Inscripción.** Puede inscribirse cuando sea elegible para Medicare por primera vez. Vea la página 17.
- **Período General de Inscripción** Si tiene la Parte A y obtiene la Parte B por primera vez durante este período, usted puede inscribirse en un **plan Medicare Advantage**. Su cobertura comenzará el 1 de julio. Vea la página 18.
- **Período de Inscripción Abierta.** Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, usted puede inscribirse, cancelar o cambiarse de plan MA. Su cobertura entrará en vigencia el 1 de enero, siempre y cuando el plan reciba la solicitud para el 7 de diciembre.

¡Importante! Si cancela una póliza Medigap para inscribirse en un plan MA, es posible que no pueda recuperarla. Las reglas varían según el estado y su situación. Además, si no cancela su plan MA y regresa al Medicare Original dentro de los 12 meses posteriores a su inscripción, tendrá una capacidad limitada para regresar al Medicare Original y obtener Medigap. Vea la página 74 para más información.

Siempre revise los materiales que le envía su plan (como el Aviso Anual de Cambio y Evidencia de Cobertura), y asegúrese de que su plan aún es el adecuado para usted el año siguiente. También puede visitar **Medicare.gov/plan-compare** para comparar su plan actual con otras opciones disponibles.

¿Puedo cambiar mi cobertura después del 7 de diciembre?
Entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, puede hacer los siguientes cambios durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage:**

- Si está en un plan MA (con o sin cobertura de medicamentos), puede cambiarse a otro plan MA (con o sin cobertura de medicamentos).
- Puede darse de baja de su plan y regresar al Medicare Original. De ser así, podrá inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

Durante este período, **no puede**:

- Cambiar del Medicare Original a un plan MA.
- Inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados si tiene el Medicare Original.
- Cambiar de un Plan Medicare de Medicamentos Recetados a otro si está en el Medicare Original.

Sólo puede hacer un cambio durante este período y cualquier cambio que haga durante este período comenzará el primer día del mes después de que el plan haya recibido la solicitud. Si regresa al Medicare Original y se inscribe en un plan de medicamentos, no necesita comunicarse con su plan Medicare Advantage para cancelar su inscripción. La cancelación de la inscripción ocurrirá automáticamente cuando se inscriba en el plan de medicamentos.

Nota: Si se inscribió en un plan Medicare Advantage durante el Período Inicial de Inscripción, puede cambiarse a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) o regresar al Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos) durante los primeros 3 meses que tiene Medicare.

¡Importante! **¿No está seguro si desea inscribirse en un plan Medicare Advantage durante la Inscripción Abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre)?** La Inscripción Abierta de Medicare Advantage (1 de enero – 31 de marzo) le brinda la oportunidad de regresar al Medicare Original o cambiar a un plan MA diferente dependiendo de que cobertura funcione mejor para usted.

Períodos Especiales de Inscripción

En la mayoría de los casos, usted debe permanecer inscrito durante todo el año a partir de la fecha en que comienza su cobertura. Sin embargo, en ciertas situaciones podrá inscribirse, cambiar o cancelar su plan MA durante un Período Especial de Inscripción. Visite **Medicare.gov** o consulte con su plan para más información.

Período Especial de Inscripción de 5 estrellas: Medicare usa calificaciones de estrellas del 1 al 5 para ayudarle a comparar planes según la calidad y el rendimiento. Si un plan Medicare Advantage, un plan de medicamentos o un Plan de Costos de Medicare con una calificación de 5 estrellas está disponible en su área, puede usar el Período Especial de Inscripción de 5 estrellas para cambiar de su plan actual a un **plan de Medicare** con una calificación de calidad de "5 estrellas". Sólo puede usar este Período Especial de Inscripción una vez entre el 8 de diciembre y el 30 de noviembre. Visite **Medicare.gov** para más información.

¿Cómo puedo cambiar de plan?

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

- **Para cambiarse a un plan Medicare Advantage nuevo,** simplemente inscríbase en el plan que ha escogido durante los períodos de inscripción mencionados en la página 67. Cuando comience la cobertura del nuevo plan, le darán de baja automáticamente de su plan anterior.
- **Para cambiarse al Medicare Original**, comuníquese con su plan actual o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048. A menos que tenga otra cobertura de medicamentos, también tendrá que decidir si quiere la cobertura de los medicamentos recetados (Parte D) (para evitar una multa por inscripción tardía) y si quiere comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) si es elegible (vea la página 71).

Para inscribirse o cambiar de planes Medicare Advantage, visite **Medicare.com/plan-compare** o llame al 1-800-MEDICARE.

Para más detalles sobre los planes Medicare Advantage, visite **Medicare.gov/publications** para ver el folleto "Descripción de los planes Medicare Advantage".

¿Hay otros tipos de programas y planes de salud de Medicare?

Sí. Varios planes ofrecen la cobertura de las Partes A (seguro de hospital) y B (seguro médico), otros solamente la Parte B y algunos también la Parte D (cobertura Medicare de recetas médicas). Estos planes funcionan de un modo similar y con algunas de las mismas normas que los **planes Medicare Advantage**. Sin embargo, cada tipo de plan tiene sus normas especiales y excepciones. Si desea información detallada, debe comunicarse con el plan que le interesa.

Planes Medicare de Costo

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

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

Nota: Usted puede agregar o cancelar su cobertura de medicamentos sólo en ciertas ocasiones (vea las páginas 76–77).

Para más información sobre los Planes Medicare de Costo, visite **Medicare.gov/plan-compare** o llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Vea las páginas 113–116 para obtener el número de teléfono.

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)

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

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

PACE cubre toda el cuidado y los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid, y otros servicios que el equipo de profesionales de la salud de PACE decidan son necesarios para mejorar y mantener su salud. Esto incluye medicamentos, así como cualquier otro cuidado **necesario por razones médicas**, como visitas al médico o proveedor de la salud, transporte, cuidado en el hogar, visitas al hospital e incluso estadías en un asilo de ancianos cuando sea necesario.

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

Visite **Medicare.gov/find-a-plan/questions/pace-home** para ver si hay un PACE que ofrezca servicios en su comunidad.

Proyectos Innovadores de Medicare

Medicare desarrolla modelos innovadores, **demostraciones** y programas piloto para probar cambios que mejoren la cobertura, costos y calidad de los servicios de Medicare. Los programas piloto generalmente son para un grupo específico y/o se ofrecen sólo en áreas específicas por un tiempo limitado. Ejemplos de modelos innovadores actuales, demostraciones y programas piloto incluyen innovaciones en el cuidado primario, cuidado relacionado con procedimientos específicos (como reemplazos de cadera y rodilla), cuidado para el cáncer y para personas con enfermedad renal en etapa final. Si desea más información sobre cómo funcionan, llame al programa piloto o a su proveedor de la salud, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5

Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

¿Cómo funciona?

El Medicare Original paga por muchos, pero no todos, de los servicios médicos e insumos. Medigap es un seguro, vendido por compañías de seguros privadas, que complementa a Medicare y puede ayudarle a pagar lo que el Medicare Original no cubre, como los **copagos**, **coseguro** y **deducibles**.

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

Los planes de Medigap están estandarizados

Medigap debe cumplir las leyes federales y estatales promulgadas para protegerlo y debe indicar claramente que es un "Seguro Suplementario a Medicare". Las compañías de seguro sólo pueden venderle planes "estandarizados" identificados en la mayoría de los estados por letras A–D, F–G, K–N. Todos los planes deben ofrecer la misma cobertura básica y algunos ofrecen beneficios adicionales para que usted escoja el que le convenga más. En Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, están estandarizados de manera diferente.

¡Importante!

Los planes Medigap vendidos a personas que son nuevas a Medicare no podrán cubrir el deducible de la Parte B. Debido a esto, los Planes C y F no estarán disponibles para las personas que fueron elegibles recientemente para Medicare a partir del 1 de enero de 2020. Si ya tiene, o estaba cubierto por el Plan C o F (o la versión de deducible alto del Plan F) antes del 1 de enero de 2020, podrá mantener su plan.

Si fue elegible para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pero aún no está inscrito, es posible que pueda comprar uno de estos planes.

Nota: La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 117–120.

¿Cómo puedo comparar los planes Medigap?

El cuadro a continuación le brinda información básica sobre los distintos beneficios que cubren los planes Medigap para el 2020. Si aparece un porcentaje, significa que Medigap paga ese porcentaje del beneficio y usted paga el resto. Los gastos de su bolsillo (como deducibles) pueden cambiar para 2021.

	Planes Medigap (seguro suplementario a Medicare)									
Beneficios	**A**	**B**	**C**	**D**	**F***	**G***	**K**	**L**	**M**	**N**
El **coseguro** de la Parte A y los costos del hospital hasta 365 días adicionales, después de haber agotado los beneficios de Medicare	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
El coseguro o **copago** de la Parte B	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***
Sangre (las 3 primeras pintas)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El coseguro o copago de la Parte A del cuidado de hospicio	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El coseguro por el cuidado en un **centro de enfermería especializada**			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
El **deducible** de la Parte A		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
El deducible de la Parte B			100%		100%					
El sobrecargo (cargos en exceso) por los servicios de la Parte B					100%	100%				
Emergencia en el extranjero (hasta el límite del plan)			80%	80%	80%	80%			80%	80%
							Límite de gastos de su bolsillo en 2020**			
							$5,880	$2,940		

* Los planes F y G también ofrecen una opción de deducible alto en algunos estados. Si acepta esta opción, tendrá que pagar los costos cubiertos por Medicare (coseguro, copagos y deducibles) hasta que haya cubierto el deducible de $2,340 para el 2020, antes de que Medigap comience a pagar. (Los Planes C y F no estarán disponibles para las personas recientemente elegibles para Medicare a partir del 1 de enero de 2020. Vea la página anterior para más información).

** Para los Planes K y L, después de cumplir con el límite anual de gastos de su bolsillo y deducible anual de la Parte B ($203 en 2021), Medigap pagará el 100% de los servicios cubiertos por el resto del año del plan.

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

¿Qué más debo saber sobre Medigap?

- Antes de que pueda comprar un plan Medigap tiene que tener las Partes A y B de Medicare.
- Tendrá que pagar la **prima** mensual de Medigap a la compañía privada de seguros y seguirá pagando la prima mensual de la Parte B a Medicare. Además, si se tiene Medigap y un plan de medicamentos de Medicare ofrecidos por la misma compañía, podría tener que hacer 2 pagos aparte para las primas de su cobertura. Comuníquese con la compañía para saber cómo pagar su prima.
- Los planes Medigap sólo cubren a una persona. Si su cónyuge quiere dicha cobertura, tendrá que comprar su propio plan.
- Usted no puede tener la cobertura de las recetas médicas de Medigap y del plan de medicamentos (vea la página 85).
- Es importante que compare los planes dado que los costos pueden variar entre las compañías de seguros para la misma cobertura, y algunos planes pueden aumentar a medida que usted envejece. Algunos estados limitan el precio de las primas.
- En algunos estados puede comprar otro tipo de Medigap llamado SELECT. Si lo adquiere, puede cambiar de opinión y volver al Medigap estándar dentro de los 12 meses.

Nota: Los planes Medigap vendidos a las personas nuevas a Medicare no podrán cubrir el **deducible** de la Parte B. Debido a esto, los Planes C y F no estarán disponibles para los nuevos beneficiarios de Medicare a partir del 1 de enero de 2020. Si ya tiene o tuvo alguno de estos dos planes (o la versión de deducible alto del Plan F) antes del 1 de enero de 2020, podrá mantener su plan. Si fue elegible para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pero aun no está inscrito, es posible que pueda comprar uno de estos planes que cubren la Parte B.

Cuándo debe comprar

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

¿Cómo funciona Medigap con los planes Medicare Advantage?

- Si ya tiene un **plan Medicare Advantage**, es ilegal que cualquier persona le venda Medigap a menos que usted esté regresando al Medicare Original. Si no piensa cancelar su inscripción en MA y tratan de venderle Medigap comuníquese con su Departamento Estatal de Seguro.
- Si tiene un plan Medigap y se inscribe en un plan MA tal vez le convenga cancelar su plan Medigap. Usted **no** puede usar su plan Medigap para pagar los **copagos**, **deducibles** y las **primas** de Medicare Advantage.

¡Importante! Si decide cancelar su Medigap, debe llamar a su compañía de seguros. Si cancela su Medigap para inscribirse en un plan MA, en la mayoría de los casos no podrá recuperarlo.

- Si se inscribe en un plan MA por primera vez y no está satisfecho con el plan, puede regresar al Medicare Original durante el año de haberse inscrito y se le otorgarán derechos especiales para comprar un plan Medigap.
  - Si antes de inscribirse ya tenía Medigap, puede recuperarlo si la compañía todavía lo vende. De no estar disponible, puede comprar otro plan Medigap.
  - Si se inscribe en un plan MA cuando es elegible para Medicare por primera vez, podrá escoger cualquier plan durante el primer año de su inscripción.
  - Algunos estados brindan derechos adicionales especiales.

Nota: Si no cancela su Plan Medicare Advantage y regresa al Medicare Original durante los 12 meses posteriores a su inscripción, tendrá que mantener su Plan Medicare Advantage por el resto del año. Puede cancelar su inscripción o cambiar de plan durante la Inscripción Abierta o si califica para un Período Especial de Inscripción. Dependiendo del tipo de Período Especial de Inscripción, puede o no tener derecho a comprar una póliza Medigap.

Para más información

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 113–116.
- Visite **Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans** para las pólizas disponibles en su zona.
- Comuníquese con el Departamento Estatal de Seguro. Visite **Medicare.gov/contacts** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048 para averiguar el número de teléfono.
- Visite **Medicare.gov/publications** para consultar “Selección de una póliza Medigap: Una guía sobre el seguro de salud para las personas con Medicare”.

SECCIÓN 6

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)

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

La cobertura de medicamentos es un beneficio opcional y está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Aun si no toma medicinas es importante que obtenga este tipo de cobertura. Si decide no inscribirse en un plan de la Parte D cuando es elegible por primera vez y no tiene otra **cobertura válida de medicamentos** (como cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato), o si no recibe **Ayuda Adicional** le podrán cobrar una multa si decide inscribirse más tarde. Por lo general, pagará esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (vea las páginas 79–80). Para conseguir esta cobertura debe inscribirse en uno de los planes aprobados por Medicare. Cada plan varía en cuanto a los costos y a los medicamentos que cubre. Visite **Medicare.gov/plan-compare**, para más información sobre los planes en su área.

Hay 2 maneras de obtener la cobertura de los medicamentos:

1. **Inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos.** Estos planes añaden cobertura al Medicare Original, a ciertos Planes Medicare de Costo, algunos Planes Privados de Pago por Servicio y Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare. Para inscribirse, debe tener las Partes A y/o B de Medicare.
2. **Inscribirse en un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos.** Usted recibirá todos los beneficios de Medicare (Partes A y B) y la cobertura de medicamentos (Parte D) a través del plan. Para inscribirse en un plan MA debe tener las Partes A y B de Medicare y no todos los planes ofrecen cobertura para medicamentos recetados.

En ambos casos, usted tiene que vivir en el **área de servicio** del plan de medicamentos en el que quiere inscribirse. **A ambos planes se les conoce como "cobertura Medicare de medicamentos".**

Nota: La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 117–120.

¡Importante!

Si tiene cobertura de su empleador o sindicato

Llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio o de inscribirse en otro plan. El inscribirse en otra cobertura podría causarle la pérdida de su cobertura de salud y medicamentos de su empleador o sindicato para usted y sus dependientes. Si pierde la cobertura de su empleador o sindicato, es posible que no pueda recuperarla. Si desea saber cómo funciona la cobertura Medicare de medicamentos recetados con otra cobertura de recetas médicas, vea la página 84.

¿Cuándo puedo inscribirme, cambiarme o cancelar un plan?

Usted puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan de medicamentos de Medicare o un **plan Medicare Advantage** con cobertura de medicamentos durante:

- **Período Inicial de Inscripción.** Puede inscribirse cuando sea elegible para Medicare por primera vez (vea la página 17).
- **Período de Inscripción Abierta.** Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan. Su cobertura comenzará el 1 de enero (siempre que el plan reciba su solicitud antes del 7 de diciembre).
- **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.** Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, si está inscrito en un plan Medicare Advantage, puede cambiar a un plan MA diferente o cambiar al Medicare Original (puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte) una vez durante este tiempo.

Si tiene que pagar una **prima** por la Parte A e inscribirse en la Parte B por primera vez durante el Período General de Inscripción, también puede inscribirse en un plan del 1 de abril al 30 de junio. Su cobertura comenzará el 1 de julio.

Período Especial de Inscripción

Por lo general, usted debe permanecer inscrito en su plan de medicamentos durante todo el año, pero es posible cambiar su cobertura a mitad de año si califica para un Período Especial de Inscripción cuando ciertos eventos ocurren en su vida (mudarse o perder otra cobertura de salud). Consulte con su plan para más información.

¿Cómo cambio mi plan?

Usted puede cambiarse a un nuevo plan Medicare o plan MA con cobertura de medicamentos simplemente inscribiéndose en otro plan durante uno de los períodos antes mencionados. **No necesita cancelar su antiguo plan.** Su cobertura será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su nuevo plan le enviará una carta avisándole la fecha de inicio de su cobertura. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048, para cambiar de plan.

¿Cómo cancelo mi plan?

Si desea cancelar su plan Medicare o plan MA con cobertura de medicamentos y no quiere obtener cobertura nueva, puede hacerlo durante uno de los períodos mencionados en la página 76. Puede cancelarla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048. También puede enviarle una carta al plan informándoles que quiere cancelar la cobertura. Si cancela y quiere inscribirse en otro plan más adelante, tendrá que esperar al próximo Período de Inscripción. Tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía si no tiene **cobertura válida de medicamentos** (vea las páginas 79–80).

Lea la información que le envía el plan

Revise la "Evidencia de Cobertura" (EOC, en inglés) y el "Aviso de Cambio Anual" (ANOC, en inglés) que su plan le envía cada año. La EOC le brinda detalles sobre lo que cubre el plan, cuánto paga y más. El ANOC incluye cambios en cobertura, costos, redes de proveedores, **área de servicio** y más de lo que comenzará en enero. Si no recibe estos documentos importantes a principios del otoño, comuníquese con su plan.

Lo que usted paga

Los costos de sus medicamentos variarán según el plan que elija. Recuerde, la cobertura y los costos del plan pueden cambiar cada año. Es posible que deba pagar una **prima**, **deducible**, **copagos** o **coseguro** durante todo el año. Obtenga más información sobre estos costos en la página siguiente.

Los precios reales variarán dependiendo de:

- Los medicamentos que tome y si están en el **formulario** del plan (lista de medicamentos) (vea la página 81).
- En qué "nivel" se encuentra el medicamento (vea la página 81).
- En qué fase de su beneficio de medicamentos se encuentra (como si cumplió con su deducible o no, fase de cobertura — vea la página 79).
- La farmacia que use (ya sea que ofrezca costo compartido preferido o estándar fuera de la red del plan o de pedido por correo). Los costos de su bolsillo para sus medicamentos pueden ser menos con una farmacia preferida porque ésta tiene un acuerdo con su plan de cobrar menos.
- Si recibe la **Ayuda Adicional** para pagar por la cobertura de medicamentos (vea las páginas 87–89).

Es posible que pueda reducir el costo de sus medicamentos. Algunas maneras incluyen la elección de genéricos sobre los de marca o pagando el costo del medicamento sin seguro médico. Pregúntele a su farmacéutico—le pueden decir si hay una opción menos costosa. Hable con su médico para asegurarse si un medicamento genérico es su mejor opción.

Prima mensual

La mayoría de los planes de medicamentos cobran una prima mensual que varía según el plan. Usted paga esta cantidad además de la **prima** de la Parte B. Si está inscrito en un **plan MA** o en un Plan Medicare de Costo con recetas médicas, la prima mensual incluye la cobertura de los medicamentos.

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

¡Importante!

Si tiene un ingreso más alto, podría pagar más por su cobertura de medicamentos. Si su ingreso está por encima de cierta cantidad ($87,000 si presenta de forma individual o $174,000 si está casado y presenta de forma conjunta), usted pagará una prima más alta (a veces llamada la "Parte D-IRMAA"). También tendrá que pagar esta cantidad adicional si está inscrito en un plan MA con cobertura de medicamentos. Esto no afectará a todos los beneficiarios, por lo que la mayoría no tendrán que pagar más. Si tiene que pagar una cantidad mayor por la Parte D, también pagará una cantidad adicional por su prima de la Parte B, incluso si no tiene cobertura de medicamentos (vea la página 23).

Generalmente esa cantidad adicional se deducirá de su pago del Seguro Social o RRB. Si Medicare o RRB le envían una factura por dicha cantidad, usted debe pagarle esa cantidad a Medicare o a RRB en vez de a su plan. Si no paga, puede perder su cobertura de medicamentos. No podrá inscribirse en otro plan de inmediato y es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía por el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos.

Los pagos de la Parte D de IRMAA se pagan por separado a Medicare, y usted debe pagarlos incluso si su empleador u otro tercero (como el sistema de retiro) paga las primas de su plan para la Parte D.

Si tiene que pagar una cantidad adicional y está en desacuerdo (por ejemplo si pasó algo que haya disminuido su ingreso), visite **socialsecurity.gov** o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Deducible anual

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

Copago o coseguro

La cantidad que usted paga por los medicamentos cubiertos después de pagar el deducible (si el plan cobra un deducible). Usted paga su parte y el plan paga la suya. Si tiene que pagar un coseguro, las cantidades pueden variar según el costo de los medicamentos y las cantidades podrían cambiar durante el año (vea la página 81).

Una vez que usted y su plan paguen $4,130 en medicamentos (incluyendo el deducible), usted no pagará más del 25% del costo de los medicamentos recetados hasta que gaste de su bolsillo $6,550 bajo el beneficio estándar de medicamentos.

Cobertura catastrófica

Una vez que haya cumplido con $6,550 de su bolsillo, recibirá automáticamente la "cobertura catastrófica". No pagará más del 5% del costo de los medicamentos cubiertos durante el resto del año.

Nota: Si recibe **Ayuda Adicional**, no tendrá algunos de estos costos (vea las páginas 87–89).

¡Importante! Visite **Medicare.gov/plan-compare** para obtener los costos específicos de los planes de medicamentos, y luego llame al plan que le interesa para obtener detalles. Si necesita ayuda para compararlos, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 113–116.

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

La multa por inscripción tardía es la cantidad que se agrega a la **prima** que paga por la Parte D. Tendrá que pagar esta multa si en cualquier momento después de que termine su período inicial de inscripción transcurre un lapso de tiempo de 63 días seguidos durante el cual usted no tuvo una **cobertura válida de medicamentos** ni la Parte D. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de medicamentos.

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

3 formas de evitar el pago de la multa:

1. **Inscríbase en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando sea elegible por primera vez.** Incluso si no toma medicamentos recetados ahora, usted debe considerar inscribirse en un plan de medicamentos o un **plan MA** con cobertura de medicamentos para evitar la penalidad. Usted podría encontrar un plan que se adapte a sus necesidades con primas mensuales reducidas o libre de primas. Vea las páginas 5–9 para más información sobre sus opciones.
2. **Inscríbase en un plan de medicamentos recetados de Medicare si pierde otra cobertura válida.** La cobertura válida de medicamentos puede incluir la que usted tiene a través de su empleador o sindicato, TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos, del Servicio Médico para Indígenas o de otro seguro médico individual. El plan le avisará cada año si la cobertura que tiene es válida. Si pasa más de 63 días seguidos sin cobertura u otra cobertura válida de medicamentos, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía.
3. **Mantenga registros comprobando otra cobertura válida de medicamentos y avísele a su plan cuando le pregunten.** Si no le informa al plan sobre su cobertura válida, podría tener que pagar una multa por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

¿Cuánto más tendré que pagar?

El costo de la multa dependerá del período de tiempo durante el cual estuvo sin una **cobertura válida de medicamentos**. En la actualidad, la cantidad se calcula multiplicando el 1% de la "**prima** básica nacional" ($33.06) por el número de meses sin cobertura en los que fue elegible para inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados y no lo hizo, ni tuvo otra cobertura válida de medicamentos. La cantidad final se redondea al punto decimal más próximo ($.10) y se agrega a su prima mensual. Dado que la "prima básica nacional del beneficiario" (prima promedio nacional) puede aumentar cada año, la multa también puede aumentar cada año. Luego de inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, el plan le informará si debe pagar multa y el costo de su prima.

Ejemplo:
La Sra. Martínez actualmente es elegible para Medicare y su Período Inicial de Inscripciónl terminó el 31 de mayo de 2017. La Sra. Martines no tiene cobertura de medicamentos de ninguna otra fuente. No se inscribió antes del 31 de mayo de 2017 y, en cambio, se inscribió durante la Inscripción Abierta que terminó el 7 de diciembre de 2019. Su cobertura de medicamentos comenzó el 1 de enero de 2020.

2020
Dado que la Sra. Martínez estuvo sin cobertura válida de medicamentos desde junio 2017 hasta diciembre 2019, su multa en 2020 fue del 31% (1% por cada uno de los 31 meses) de $32.74 (la prima básica nacional para 2020) o $10.15. Como la multa mensual siempre se redondea al $0.10 más cercano, se le cobrará $10.20 cada mes además de la prima mensual de su plan.

Cálculo:
.31 (31% de multa) × **$32.74** (prima básica nacional de 2020) = **$10.15**

$10.15 redondeado al $.10 más cercano = **$10.20**

$10.20 = multa mensual por inscripción tardía de la Sra. Martínez para 2020

2021
En 2021, Medicare recalculó la multa de la Sra. Martínez utilizando la prima básica nacional de 2021 ($33.06). La nueva multa mensual de la Sra. Martínez en 2021 es el 31% de $33.06, o $10.25 cada mes. Dado que la multa mensual siempre se redondea al $0.10 más cercano, ella pagará $10.30 cada mes además de la prima mensual de su plan.

Cálculo:
.31 (31% de multa) × **$33.06**(prima básica nacional de 2021) = **$10.25**

$10.25 redondeado al $.10 más cercano = **$10.30**

$10.30 = multa mensual por inscripción tardía de la Sra. Martínez para 2021

Si está en desacuerdo con la cantidad de la multa

Su plan de medicamentos Medicare Advantage o el plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos le enviará una carta indicando que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si no está de acuerdo con su multa, puede solicitar una revisión (generalmente dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta). Tendrá que llenar el formulario de solicitud de reconsideración (que le mandará el plan) y podrá enviar pruebas para justificar su caso, como información sobre su **cobertura válida de medicamentos** anterior. Si necesita ayuda, hable con su plan.

¿Cuáles son los medicamentos que están cubiertos?

Todos los planes deben cubrir una amplia gama de medicamentos recetados para las personas con Medicare, incluyendo la mayoría de los medicamentos en ciertas "clases protegidas", como los medicamentos para tratar el cáncer o el VIH/SIDA. La información sobre la lista de medicamentos cubiertos de un plan (llamada "formulario") no se incluye en este manual porque cada plan tiene su propio formulario. Muchos planes de medicamentos y de salud de Medicare con cobertura de medicamentos colocan los medicamentos en diferentes "niveles" en sus formularios. Los medicamentos en cada nivel tienen un costo diferente. Por ejemplo, un medicamento en un nivel inferior generalmente le costará menos que un medicamento en un nivel superior.

¿Qué sucede si mi medicamento está en un nivel superior?

En algunos casos, si el medicamento que usted necesita está en un nivel alto y su médico (u otro proveedor de la salud autorizado para recetar) piensa que usted necesita dicho medicamento en vez de uno similar en un nivel más bajo, puede solicitar una excepción y pedirle al plan que le cobre un **copago** o **coseguro** menor. Para más información sobre las exenciones, vea la página 96.

Los planes pueden cambiar sus formularios en cualquier momento. Su plan le avisará sobre cualquier cambio en el formulario que afecte los medicamentos que está tomando.

Nota: La cobertura de medicamentos de Medicare incluye medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos para los trastornos por uso de opioides. También cubre medicamentos como la metadona y la buprenorfina cuando se recetan para el dolor. Sin embargo, la Parte A de Medicare cubre la metadona cuando se usa para tratar un trastorno por uso de opioides como paciente internado en un hospital, y la Parte B ahora cubre la metadona cuando la recibe a través de un programa de tratamiento con opioides. Vea la página 44 para más información sobre los programas de tratamiento con opioides.

Comuníquese con el plan para averiguar sobre el formulario, o visite el sitio web del plan. También puede **Medicare.gov/plan-compare** o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048.

¡Importante! Cada mes que usted renueva una receta, el plan le envía una Explicación de Beneficios (EOB, en inglés). Vea el resumen y fíjese que no tenga errores. Si tiene preguntas o ha encontrado errores, llame a su plan. Si tiene una sospecha de fraude, llame al Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). Para más información vea la página 102.

Los planes pueden tener reglas de cobertura para ciertos medicamentos:

- **Autorización previa:** Usted o la persona que le receta el medicamento debe comunicarse con el plan antes de que pueda comprar el medicamento. Su médico tal vez tenga que demostrarle al plan que el medicamento es **necesario por motivos médicos** para que lo cubra.

  Los planes también pueden usar autorización previa cuando cubren un medicamento para ciertas condiciones médicas, pero no todas las afecciones médicas para las cuales se aprueba un medicamento. Cuando esto ocurra, es probable que los planes tengan medicamentos alternos en su **formulario** (lista de medicamentos) para las otras afecciones médicas, para las cuales se puede recetar el medicamento.

- **Límite de cantidad:** Esto se refiere a la cantidad de píldoras que puede obtener cada vez.
- **Terapia en etapas/pasos:** Significa que antes de que el medicamento que le recetó el médico sea pagado por el plan, usted debe probar uno o más medicamentos similares de menor costo.
- **Controles de seguridad en la farmacia (incluso medicamentos para el dolor con opioides):** Antes de que la farmacia surta sus recetas, su plan de medicamentos de Medicare y farmacia harán revisiones adicionales de seguridad, como la verificación de interacciones farmacológicas y dosis incorrectas. Estos controles de seguridad también incluyen la verificación de cantidades peligrosas de medicamentos para el dolor con opioides y limita el suministro de opiáceos para los primeros días. Los analgésicos opioides (como la oxicodona y la hidrocodona) pueden ayudar con ciertos tipos de dolor, pero tienen riesgos graves como adicción, sobredosis y muerte. Estos riesgos aumentan cuando se toman opioides con ciertos otros medicamentos, como las benzodiazepinas, medicamentos anticonvulsivos, gabapentina, relajantes, ciertos antidepresivos y medicamentos para dormir. Consulte con su médico o farmacéutico si tiene preguntas sobre riesgos o efectos secundarios.
- **Programas de Administración de Medicamentos:** Los planes de medicamentos de Medicare también pueden tener un programa para supervisar el uso de medicamentos recetados que pueden ser objeto de abuso. Si usa medicamentos opioides de varios médicos y/o farmacias, su plan puede comunicarse con los médicos que recetaron estos medicamentos para asegurarse de que este uso sea apropiado y **médicamente necesario**.

  Se le enviará una carta por adelantado si su plan decide que su uso de opioides o benzodiazepinas puede ser peligroso. Esta carta le informará si el plan limitará la cobertura de estos medicamentos, o si necesita las recetas de estos medicamentos de un sólo médico o farmacia. Usted y su médico tienen derecho a apelar estas limitaciones si no está de acuerdo con la decisión del plan (vea la página 95). La carta también le indicará cómo comunicarse con el plan si tiene preguntas o desea presentar una apelación.

Es posible que esté exento de los controles de seguridad en la farmacia y el Programa de Administración de Medicamentos si tiene cáncer, y/o está desahuciado, en un hospicio, recibiendo cuidados paliativos o vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Si su médico y/o usted piensan que deberían excluirlo de alguna de estas normas, **puede solicitar una excepción** (vea la página 96).

Consejos importantes si le recetan opioides:

- Los medicamentos opioides pueden ser una parte importante del manejo del dolor, pero también pueden tener serios riesgos para la salud si se usan incorrectamente.
- Hable con su médico sobre el tratamiento de naloxona en el hogar. La naloxona es un medicamento, cubierto por Medicare, que su médico puede recetarle como medida de seguridad para revertir rápidamente los efectos de una sobredosis de opioides.
- Hable con su médico sobre su dosis y por cuanto tiempo estará tomándolos. Usted y su médico pueden decidir más tarde que no necesitan toda su receta.
- Hable con su médico sobre otras opciones que Medicare cubre para tratar su dolor, como terapia física, terapia individual y grupal, servicios de integración del comportamiento para la salud y más. También pueden haber otras opciones de tratamiento del dolor disponibles que Medicare no cubre.
- Infórmele a su médico si tiene antecedentes de depresión, abuso de sustancias, traumas infantiles u otros problemas de salud y/o personales que podrían hacer que el uso de opioides sea más peligroso para usted.
- Nunca tome más opioides de lo recetado. Hable con su médico sobre cualquier otro medicamento que esté tomando para el dolor.
- Guarde o deseche de forma segura los opioides recetados sin usar a través del programa de devolución de medicamentos de su comunidad o farmacia.

Para más información sobre el manejo seguro y eficaz del dolor y el uso de opioides, visite **Medicare.gov/coverage/pain-management** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Le renuevan su receta automáticamente por correo?

Algunas personas utilizan la “entrega automática” que le envía su suministro automáticamente antes de que se le acabe el medicamento. Para asegurarse de que aún necesita el medicamento, los planes de medicamentos pueden ofrecer un programa de envío automático voluntario. Comuníquese con su plan para más información.

Programa de Control de la Terapia de Medicamentos

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

El farmacéutico o proveedor puede hablar con usted sobre:

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

Visite **Medicare.gov/plan-compare** para más información o planes que le interesen. Si desea detalles específicos, comuníquese con el plan.

Modelo de Ahorro de la Parte D para Personas Mayores

Comenzando el 1 de enero de 2021, es posible inscribirse en un plan de medicamentos con beneficios suplementarios para la insulina. El Modelo de Ahorro de la Parte D para Personas Mayores estará disponible para todas las personas con Medicare. Los planes participantes en este modelo ofrecerán opciones de cobertura que incluirán múltiples tipos de insulina con un **copago** máximo de $35 por un suministro de 30 días. Las personas inscritas en un plan participante podrían ahorrar hasta $446 al año en los costos de su bolsillo. Visite **Medicare.gov/plan-compare** para encontrar un plan participante en su estado.

¿Cómo trabajan los otros seguros o programas con la cobertura de Medicare para medicamentos?

Medicaid

Si tiene Medicare y cobertura completa de Medicaid, Medicare cubre sus medicamentos recetados. Es posible que Medicaid aún cubra algunos medicamentos que Medicare no cubre.

Nota: Si tiene Medicare y Medicaid, usted califica automáticamente para la Ayuda Adicional (vea la página 88).

Cobertura de empleador o sindicato

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

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

COBRA

Es una ley federal que podría permitirle que mantenga la cobertura médica de un empleador o sindicato, una vez que su empleo se haya terminado o después de haber perdido su cobertura como dependiente de un empleado. Hay varios motivos por los que debería aceptar la Parte B en vez de o además de COBRA (vea la página 18). Sin embargo, si acepta COBRA con **cobertura válida de medicamentos**, se le otorgará un Período Especial de Inscripción para que se inscriba en un plan Medicare recetados sin tener que pagar la multa una vez que termine la cobertura de COBRA. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para averiguar si COBRA es una buena opción para usted. El número aparece en las páginas 113–116.

Medigap (seguro suplementario a Medicare) con cobertura de medicamentos

Tal vez le convenga más inscribirse en un plan Medicare de medicamentos porque la mayoría de la cobertura de medicamentos de Medigap no es considerada cobertura válida de medicamentos, y si más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía. Vea las páginas 79–80. Los planes Medigap ya no pueden venderse con la cobertura de medicamentos. Usted no puede tener cobertura de medicamentos a través de ambos planes (su Medigap y plan de medicamentos de Medicare). Si se inscribe en un plan de medicamentos y se queda con Medigap, la compañía de seguro Medigap debe quitar la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos y reducir la **prima**. Para más información, llame a su compañía de seguro Medigap.

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

¿Cómo trabajan los otros seguros del gobierno con la cobertura de medicamentos?

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

Seguro Médico para Empleados Federales (FEHBP, en inglés)

Cobertura de servicios médicos para los empleados y jubilados federales y sus familiares. Los planes FEHBP generalmente incluyen la cobertura válida de medicamentos por lo tanto no necesita inscribirse en un plan Medicare de medicamentos. Sin embargo, si decide hacerlo, puede quedarse con su plan FEHBP y, en la mayoría de los casos, Medicare pagará primero. Si desea más información sobre la cobertura de los jubilados, visite **opm.gov/healthcare-insurance/healthcare** o comuníquese con la Oficina de Administración de Personal llamando al 1-888-767-6738 (TTY: 1-800-877-8339). Si es un empleado federal activo, comuníquese con el funcionario de beneficios, para una lista de funcionarios visite **apps.opm.gov/abo**. Si tiene preguntas puede llamar a su plan.

Beneficios para Veteranos

Seguro médico para los excombatientes y los que han pertenecido a las fuerzas militares. Tal vez pueda obtener la cobertura de sus medicamentos a través del programa del Departamento de Asuntos para Veteranos (VA). Usted puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos, pero si lo hace, no podrá usar ambos tipos de cobertura para la misma receta. Si desea más información visite **va.gov** o llame a VA al 1-800-827-1000 (TTY: 711).

Programa de Salud Civil y Médico del Departamento de Asuntos de Veteranos (CHAMPVA, en inglés)

CHAMPVA es un programa integral de cuidado médico en el que el Departamento de Asuntos de los Veteranos comparte el costo de servicios y suministros cubiertos con los beneficiarios elegibles. Puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, pero si lo hace, no podrá usar el programa de Medicamentos por Correo (Meds by Mail), que puede proporcionarle sus medicamentos de mantenimiento libre de cargos (sin **primas**, **deducibles** ni **copagos**). Para más información, visite **va.gov/communitycare/programs/dependents/champva/** o llame a CHAMPVA al 800-733-8387.

TRICARE (Beneficios para Militares)

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

Servicios de Salud para Indígenas (IHS)

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

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

SECCIÓN 7

Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y medicamentos recetados

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

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

La Ayuda Adicional es un programa de Medicare para ayudar a las personas de bajos ingresos y recursos con los costos de medicamentos. Usted puede obtener este subsidio si su ingreso anual y sus recursos están por debajo de los límites establecidos para 2020:

	ingresos anuales	otros recursos
Persona soltera	menos de $19,140	menos de $14,610
Persona casada que vive con su cónyuge y sin otros dependientes	menos de $25,860	menos de $29,160

Estas cantidades pueden cambiar en el 2021. Usted podría ser elegible aun si su ingreso es mayor (por ejemplo si sigue trabajando, vive en Alaska o Hawái o tiene dependientes que viven con usted). Los recursos incluyen el dinero que tenga en una cuenta corriente o de ahorros, acciones y bonos, fondos jubilatorios individuales (IRA, en inglés). **No** incluyen su vivienda, automóvil, sepultura y hasta $1,500 para gastos de entierro (por persona), muebles y otros artículos del hogar o seguro de vida.

Nota: La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 117–120.

Si califica para la **Ayuda Adicional** y se inscribe en un plan Medicare o plan MA con cobertura de medicamentos, usted:

- Recibirá ayuda con los costos de su cobertura de medicamentos.
- No tendrá una multa por inscripción tardía.

Nota: La Ayuda Adicional no está disponible en Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, las Islas Marianas del Norte o Samoa estadounidense. Vea la página 92 para obtener información sobre los programas disponibles en esas zonas.

La mayoría de las personas con Medicare sólo pueden hacer cambios a su cobertura de medicamentos durante ciertas épocas del año. Si recibe Medicaid o Ayuda Adicional, podrá hacer cambios a su cobertura una vez durante cada uno de estos períodos:

- Enero – marzo
- Abril – junio
- Julio – septiembre

Si hace un cambio, este comenzará el primer día del siguiente mes. Tendrá que esperar hasta el próximo período para hacer otro cambio.

No puede usar este Período Especial de Inscripción de octubre a diciembre.

Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios a su cobertura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Los cambios comenzarán el 1 de enero.

Usted puede obtener la Ayuda Adicional automáticamente si tiene Medicare y cumple con alguna de estas condiciones:

- Tiene la cobertura completa de Medicaid.
- Recibe ayuda de Medicaid para pagar las **primas** de la Parte B (está en un Programa de Ahorros de Medicare). Vea las páginas 90–92.
- Recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés).

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

- Si aún no se ha inscrito en la cobertura de Medicare para medicamentos, debe hacerlo para obtener la Ayuda Adicional.
- Si aún no se ha inscrito en el plan, Medicare lo hará por usted para asegurarse de que obtenga dicha cobertura. Si lo inscribe, le enviará una carta en papel amarillo o verde avisándole la fecha en que comienza su cobertura.

- Cada plan cubre distintos medicamentos. Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre los medicamentos que necesita y si puede comprarlos en la farmacia que desea. Visite **Medicare.gov/plan-compare**, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048 para comparar los planes de su zona.
- Si tiene Medicaid y vive en una institución (como un asilo para ancianos) o recibe servicios domiciliarios o de su comunidad, usted no pagará por los medicamentos cubiertos.

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

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

Los beneficiarios elegibles pagarán en el 2021 un máximo de $3.70 por cada medicamento genérico y $9.20 por cada medicamento de marca. Fíjese en las cartas que le mandan sobre la Ayuda Adicional o comuníquese con su plan para averiguar el precio exacto.

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

- Visite **socialsecurity.gov/i1020** para solicitar en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Nota: Cuando solicita la Ayuda Adicional, también puede comenzar su solicitud para los Programas de Ahorros de Medicare. Estos programas estatales ofrecen ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social le enviará información a su estado a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Para obtener respuestas a sus preguntas sobre la Ayuda Adicional y para que le ayuden a escoger un plan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el teléfono en las páginas 113–116. También puede llamar al 1-800-MEDICARE.

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

Programas de ahorros de Medicare

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

Hay 4 tipos de programas de ahorros:

1. **El programa Medicare para el Beneficiario Calificado (QMB):** Si es elegible, el Programa QMB ayuda a pagar las **primas** de la Partes A y/o B. Además, los proveedores de Medicare no están autorizados a cobrarle servicios y artículos cubiertos por Medicare, incluyendo los **deducibles**, **coseguros** y **copagos** (excluyendo los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios). Si recibe una factura por estos cargos, dígale a su proveedor o facturador que está en el Programa QMB y no se le pueden cobrar por los servicios o suministros, deducibles, coseguro ni los copagos cubiertos por Medicare. Si ya ha hecho pagos en una factura por servicios y artículos que cubre Medicare, tiene derecho a un reembolso. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, comuníquese con el plan para que suspendan los cargos.

   Nota: Para asegurarse de que su proveedor sepa que está en el Programa QMB, muestre su tarjeta de Medicare y Medicaid o QMB cada vez que reciba tratamiento. También puede darle a su proveedor una copia de su Resumen de Medicare (MSN). Su MSN mostrará que está en el programa QMB y no tiene que pagar. Ingrese a **Medicare.gov** en cualquier momento para ver su MSN o inscríbase para recibir sus MSNs de manera electrónica.

   Si su proveedor no deja de facturarle, llámenos al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Podemos confirmar que está en el programa QMB.

2. **El programa Medicare para los Beneficiarios de Bajos Ingresos (SLMB):** Sólo le ayuda a pagar la prima de la Parte B.

3. **El programa de Medicare para los Individuos Calificados (QI):** Sólo le ayuda a pagar la prima de la Parte B. El financiamiento para los beneficios de QI es limitado, y las solicitudes se otorgan por orden de llegada.

4. **Programa para los Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (QDWI):** Sólo le ayuda a pagar la prima de la Parte A. Usted puede beneficiarse con este programa si está incapacitado y trabaja.

Si califica para un programa QMB, SLMB o QI, usted califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional con los costos de cobertura de medicamentos de Medicare (vea las páginas 87–89).

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

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

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

Para más información
- Llame o visite la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) y pida información sobre los Programas Medicare de Ahorros. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048. También puede visitar **Medicare.gov/contacts**.
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono aparece en las páginas 113–116.

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

¿Qué cubre Medicaid?
- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid casi todos los costos de sus servicios médicos estarán cubiertos. La cobertura de Medicare puede obtenerla del Medicare Original o de un **plan Medicare Advantage**.
- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid, Medicare cubrirá los medicamentos recetados. Usted califica automáticamente para la **Ayuda Adicional** (vea la página 87). Medicaid pagará por algunos medicamentos y otros servicios que Medicare no cubre.
- Las personas que tienen Medicaid podrían obtener ciertos servicios que Medicare cubre parcialmente o no cubre totalmente, como los servicios del asilo para ancianos, cuidado personal, transporte a servicios médicos, servicios en el hogar y en la comunidad y servicios dentales, auditivos y de la vista.

¿Cuáles son los requisitos?
- Los programas Medicaid varían en cada estado, también pueden tener nombres diferentes como “Ayuda Médica” o “Medi-Cal”.
- Cada estado tiene requisitos de ingresos y recursos diferentes.
- Por lo general, debe tener Medicare para ser elegible para Medicaid.
- Llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). También puede visitar **Medicare.gov/contacts**.

Planes Medicare-Medicaid
Medicare está trabajando con algunos estados y planes médicos para ofrecer estos planes piloto (conocidos como planes Medicare-Medicaid) a ciertas personas que tienen Medicare y Medicaid. Estos planes incluyen cobertura de medicamentos. Si le interesa inscribirse en uno de estos planes, visite **Medicare.gov/plan-compare** para averiguar y si hay un plan disponible en su zona.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs, en inglés)

Varios estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a ciertos beneficiarios a pagar por sus medicamentos recetados basándose en sus necesidades económicas, su edad o problema médico. Para averiguar cuáles son los SPAP en su estado y cómo trabajan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono aparece en las páginas 113–116. También puede visitar Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs.

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

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

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE es un programa de Medicare y Medicaid ofrecido en muchos estados, para que las personas que necesitan el nivel de servicios que recibirían en un asilo para ancianos, permanezcan en sus comunidades. Para más información vea la página 70.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)

SSI es una prestación mensual en efectivo del Seguro Social para las personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. SSI no es lo mismo que el beneficio del Seguro Social para jubilados. Es posible que pueda obtener tanto beneficios de SSI como beneficios de Seguro Social al mismo tiempo si su beneficio de Seguro Social es menor que la cantidad de SSI, debido a un historial laboral limitado, un historial de trabajo con salarios bajos o ambos. Si usted es elegible para el SSI, automáticamente califica para la Ayuda Adicional y, por lo general, es elegible para Medicaid.

Visite benefits.gov/ssa y consulte el Buscador de Beneficios para averiguar si reúne los requisitos para obtener SSI u otros beneficios. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778) o vaya a la oficina local.

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

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

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

SECCIÓN 8

Conozca sus derechos y aprenda a protegerse del fraude

¿Cuáles son mis derechos si tengo Medicare?

Todas las personas con Medicare tienen ciertos derechos y protecciones. Usted tiene derecho a:

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

Nota: La definición de las palabras en color **azul** se encuentra en las páginas 117–120.

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

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

- Usted puede escoger otro plan cuya cobertura comience el 1 de enero, si se inscribe entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- **Usted tendrá el derecho de inscripción especial a otro plan de salud hasta el 28 de febrero de 2021.**
- Tendrá el derecho de comprar ciertas pólizas de Medigap dentro de los 63 días después de que termine su cobertura del plan.

¿Qué es una apelación?

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

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

También puede apelar:

- Si Medicare o su plan deja de pagar o de brindarle un servicio, medicamento o suministro o parte del mismo y usted piensa que aún lo necesita.
- Una determinación en riesgo realizada bajo un programa de administración de medicamentos que limita el acceso a la cobertura de medicamentos que se consumen con frecuencia (vea la página 82).

Si decide apelar, pídale a su médico, proveedor o suplidor que le facilite cualquier información que pudiera servirle para su caso. Guarde una copia de todos los documentos relacionados con el proceso de su apelación, incluyendo lo que le envíe a Medicare o su plan.

¿Cómo hago para apelar una decisión?

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

Si está inscrito en el Medicare Original

- Obtenga el “Resumen de Medicare” (MSN) que muestra el suministro o servicio por el que está apelando. Vea la página 54 para más información.
- Haga un círculo alrededor del artículo o servicio que aparece en el “Resumen de Medicare” con el que está en desacuerdo y detalle en el MSN las razones por las que está en desacuerdo. También puede explicar los motivos en una página separada y adjuntarla al MSN.

- Incluya un número de teléfono y su número de Medicare en el MSN. Haga una copia y guárdela en su archivo personal.
- Envíe el "Resumen de Medicare" o una copia del mismo a la dirección del contratista de Medicare que aparece en el MSN. También puede enviar información adicional que tenga y que ayude a su caso. O puede llenar y enviar el Formulario 20027 de CMS al contratista mencionado en el MSN. Para ver o imprimir el formulario visite **CMS.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf**, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048 para que le envíen una copia por correo.
- Debe presentar su apelación antes de la fecha establecida en el MSN. Si no cumplió con la fecha límite para apelar, aún puede presentar una apelación y obtener una decisión si puede demostrar una buena causa para no cumplir con la fecha límite.
- Generalmente recibirá la decisión del contratista de Medicare dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. Si Medicare pagará por el servicio o artículo, el pago aparecerá en el próximo "Resumen de Medicare".
- Es posible que tenga derecho a una apelación rápida si cree que sus servicios de Medicare en un hospital u otro centro están terminando antes de tiempo. Vea la página 96.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare

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

En algunos casos podrá solicitar una apelación acelerada. Lea los documentos del plan y la página 96.

Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados

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

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

¿Cómo solicito una determinación de cobertura o excepción?

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

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

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

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

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

Si usted recibe un servicio cubierto por Medicare en un hospital, centro de enfermería especializada, agencia para el cuidado de la salud en el hogar, centro de rehabilitación general u hospicio; y piensa que el servicio está terminando antes de tiempo, puede solicitar una apelación acelerada. Su proveedor debe entregarle un aviso, antes de que termine el servicio, en el que le explican cómo solicitar una apelación acelerada. Lea el aviso atentamente. Si su proveedor no le ha entregado el aviso, pídaselo. Al solicitar una apelación acelerada, una organización independiente decidirá si el servicio debe continuar o no. Puede comunicarse con su Organización para Mejoras de la Calidad para el Cuidado Centralizado de Beneficiarios y la Familia para obtener ayuda con la presentación de una apelación. Vea la página 112 para más información.

Una apelación rápida sólo cubre la decisión de terminar los servicios. Es posible que deba iniciar otro proceso de apelaciones para cualquier artículo o servicio que haya recibido después de la decisión de terminar los servicios. Visite **Medicare.gov/publications** para ver el folleto “Apelaciones a Medicare”.

¿Dónde puedo obtener ayuda para solicitar una apelación?

Usted puede designar un representante para ayudarle. Su representante puede ser un miembro de la familia, amigo, defensor, asesor financiero, abogado, médico o alguien que actúe en su nombre. Si desea información, visite **Medicare.gov/appeals**. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) si necesita ayuda para apelar. Encontrará el número de teléfono en las páginas 113–116.

Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN, en inglés)

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

¿Qué ocurre si me entregan un ABN?

- Le pedirán que decida si quiere recibir los servicios mencionados en el ABN.
- Si decide obtener dichos servicios, tendrá que pagar por ellos de su bolsillo si Medicare no lo hace.
- Le pedirán que lo firme e indique que ha leído y entendió el contenido del ABN.
- Los proveedores de servicios de salud y los suplidores no tienen (aunque pueden hacerlo) que entregarle un ABN para los servicios que Medicare nunca cubre (vea la página 51).
- Un ABN no es una denegación oficial de cobertura de Medicare. Si el pago es denegado, puede apelar la decisión. Sin embargo, usted tendrá que pagar por los artículos o servicios por los que está apelando si es que Medicare decide que dichos artículos o servicios no están cubiertos (y no tiene otro seguro que sea responsable por el pago).

¿Puedo recibir un ABN por otros motivos?

- Puede recibir un ABN del centro de enfermería especializada, cuando el centro cree que Medicare ya no cubrirá su estadía, u otros artículos y servicios.
- Puede recibir un ABN si obtiene equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS) incluidos en el Programa de Oferta Competitiva y el proveedor no es un proveedor aprobado.

¿Qué ocurre si no me han dado un ABN?

Si usted no recibió un ABN, en la mayoría de los casos, el proveedor debe reembolsarle el dinero que pagó por el servicio o suministro.

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

- Visite **Medicare.gov/appeals**.
- Visite **Medicare.gov/publications** y consulte la publicación "Las Apelaciones a Medicare".
- Si está inscrito en un **plan de Medicare**, llame al plan para averiguar si cubre determinado servicio o suministro.

Si tiene un **plan Medicare Advantage**, tiene derecho a una determinación de la organización para ver si un servicio, medicamento o suministro está cubierto. Comuníquese con su plan para obtener uno y siga las instrucciones para presentar la apelación con tiempo. También puede recibir cuidado administrado por el plan. Esto es cuando un proveedor del plan lo envía para un servicio o a un proveedor fuera de la red sin obtener una determinación de la organización por adelantado (vea la página 61).

Su derecho al acceso de su información de salud

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

Esto incluye:

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

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

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

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

Para más información, visite **hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html**.

Si necesita ayuda para obtener y usar sus registros de salud, la Oficina del Coordinador Nacional (ONC) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) creó la "Guía para Obtener y Usar sus Registros de Salud". Esta guía puede ayudarle con el proceso de obtener su registro de salud y mostrarle cómo asegurarse de que sus registros sean precisos y completos, para que pueda recibir el máximo cuidado de salud. Visite **healthit.gov/how-to-get-your-health-record** para ver la guía.

¿Cómo usa Medicare mi información personal?

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

Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad de Medicare Original

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

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

Medicare le brindará información a:

- Usted u otra persona que actúe (designado) como su representante legal
- La Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si fuese necesario
- Cuando la ley así lo requiera

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

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

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

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

- A los profesionales y sus contratistas para la coordinación del cuidado y para los propósitos de mejora de la calidad, como las Organizaciones de Cuidado Responsables (ACOs).
- Debemos obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica personal para cualquier propósito no especificado en este aviso. Medicare no venderá o comercializará dicha información sin su autorización escrita ("marketing"). Usted puede revocar ("retirar") su autorización en cualquier momento, excepto si Medicare ya ha utilizado dicha información basándose en el permiso otorgado.

Usted tiene derecho a:

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

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

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

El presentar una queja no afecta su cobertura de Medicare.

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

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

¿Cómo puedo protegerme del robo de identidad?

El robo de identidad ocurre cuando alguien usa su información personal sin su consentimiento para cometer un fraude u otro delito. Su información personal es, por ejemplo, su nombre, número de Seguro Social, número de Medicare o, el número de su tarjeta de crédito o de su cuenta bancaria y su nombre de usuario y contraseña de Medicare. **Mantenga esta información a resguardo.**

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

- Un **plan de Medicare** puede llamarle si ya es miembro del plan. El agente que le ayudó a inscribirse también puede llamarle.
- Un representante de servicio al cliente de 1-800-MEDICARE puede llamarle si ha llamado y ha dejado un mensaje, o un representante dijo que alguien le devolvería la llamada.

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

¿Cómo puedo protegerme del fraude y robo de identidad?

El robo de identidad médica es cuando alguien roba o usa su información personal (como su nombre, número de Seguro Social o de Medicare) para presentar reclamaciones fraudulentas a Medicare y otras aseguradoras de salud sin su permiso. Cuando reciba servicios médicos, anote las fechas y guarde los recibos y documentos que recibe del proveedor de la salud para ver si hubo errores. Si piensa que hay un error, para averiguar cómo se facturó haga lo siguiente:

- Si está inscrito en el Medicare Original, revise su “Resumen de Medicare” (MSN) para ver cuáles son los servicios que le cobraron a Medicare. Si está inscrito en un **plan de salud de Medicare**, pregúntele al plan.
- Pídale a su médico o proveedor un informe detallado sobre cada servicio o suministro. Se lo debe entregar en un plazo de 30 días.
- Visite su cuenta segura en **Medicare.gov** y vea sus reclamaciones (si está inscrito en el Medicare Original). Sus reclamaciones generalmente aparecen en este sitio web a las 24 horas de haber sido procesadas. También puede descargar la información sobre sus reclamaciones usando el “botón azul” de Medicare. Vea la página 107. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048.

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

Para más información, visite **Medicare.gov/forms-help-resources/help-fight-medicare-fraud**, o comuníquese con su programa SMP local. Para más información sobre el programa SMP, visite **smpresource.org** o llame al 1-877-808-2468.

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

Los planes deben cumplir los reglamentos

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

¡Importante!

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

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

También puede comunicarse con el Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) en inglés llamando al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). El MEDIC lucha contra el fraude, las pérdidas y el abuso en los planes Medicare Advantage y planes Medicare de medicamentos.

Luchar contra el fraude paga

Si cumple ciertos requisitos, usted podría ser recompensado por luchar contra el fraude. Visite **Medicare.gov**, o llame al 1-800-MEDICARE (TTY: 1-877-486-2048).

Investigar una denuncia de fraude toma tiempo

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

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

El “intermediario” (ombudsman) es una persona que analiza preguntas, inquietudes y desafíos sobre cómo se administra un programa, y evalúa los problemas y ayuda a resolverlos.

Hay ciertos recursos que pueden ayudarle con sus preguntas sobre Medicare, como **Medicare.gov**, 1-800-MEDICARE y el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). El Intermediario trabaja con esos recursos para ayudarle y garantizarle que la información y ayuda estén disponibles para usted y para mejorar su experiencia con Medicare. Visite **Medicare.gov** para más información.

Aviso de Comunicaciones Accesibles

Para ayudar a garantizar que las personas incapacitadas tengan la misma oportunidad de participar en nuestros servicios, actividades, programas y otros beneficios, proporcionamos comunicaciones en formatos accesibles. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindan ayuda y servicios auxiliares para facilitar la comunicación con personas incapacitadas. La ayuda auxiliar incluye materiales en Braille, CD de audio/datos, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si pide información en un formato accesible de CMS. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

1. **Llamar:**
   Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
   TTY: 1-877-486-2048
2. **Enviar un correo electrónico:** altformatrequest@cms.hhs.gov
3. **Enviar un fax:** 1-844-530-3676
4. **Enviar una carta:**
   Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
   Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)
   7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
   Baltimore, MD 21244-1850
   Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente

Su pedido debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de la información que necesita (si la conoce) y la dirección postal a donde debemos enviar los materiales. Podemos comunicarnos con usted para obtener más información.

Nota: Si está inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados o Medicare Advantage, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal o local de Medicaid.

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, niegan beneficios o discriminan contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad en la admisión, participación o recibimiento de los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sean realizadas por CMS directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la cual CMS se encarga de llevar a cabo sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las formas incluidas en este aviso si tiene alguna inquietud sobre cómo obtener información en un formato que pueda usar.

También puede presentar una queja si considera que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo la posibilidad de tener problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos recetados de Medicare, oficina estatal o local de Medicaid o planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles:

1. **En línea:**
   hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html
2. **Por teléfono:**
   Llame al 1-800-368-1019. TTY: 1-800-537-7697.
3. **Por escrito:**
   Envíe información sobre su queja a:
   Oficina de Derechos Civiles
   Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
   200 Independence Avenue, SW
   Room 509F, HHH Building
   Washington, D.C. 20201

SECCIÓN 9

Si desea más información

¿Dónde puedo obtener ayuda personalizada?

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

TTY: 1-877-486-2048

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

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

¡Importante!

¿Necesita que alguien llame al 1-800-MEDICARE por usted?
Puede llenar una "Autorización para divulgar información médica personal" en Medicare.gov/medicareonlineforms u obtener el formulario llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048. Tal vez le convenga hacer esto ahora en caso de que no pueda hacerlo más adelante.

¿Le llega a su casa más de una copia del manual "Medicare y Usted"?
Si en el futuro desea recibir una sola copia, llame al 1-800-MEDICARE. Si desea una copia electrónica del manual, visite Medicare.gov/gopaperless.

Nota: La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 117–120.

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

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

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

El número de teléfono aparece listado en las páginas 113–116. Comuníquese con un SHIP en su estado para aprender cómo convertirse en un consejero voluntario de SHIP.

¿Dónde puedo encontrar información general de Medicare en línea?

Visite Medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos en su zona.
- Busque médicos, proveedores de la salud y suplidores que participen en Medicare.
- Averigüe lo que cubre Medicare y sobre los servicios preventivos **(como pruebas, vacunas y visitas anuales de "Bienestar")**.
- Obtenga información y los formularios de Medicare sobre las apelaciones.
- Obtenga información sobre la calidad de servicios de los planes, médicos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados, los asilos para ancianos, cuidado a largo plazo, hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis.
- Obtenga números de teléfono y sitios web útiles.

¿Dónde puedo obtener información personalizada sobre Medicare?

Visite Medicare.gov para crear una cuenta

Tenga acceso a su cuenta de Medicare en línea para obtener su información de Medicare en cualquier momento. También puede:

- Añadir sus recetas y farmacias para ayudarle a comparar mejor los planes de salud y medicamentos en su área
- Regístrarse para dejar de usar papel—reciba su manual de "Medicare y Usted" y las reclamaciones, llamadas "Resúmenes de Medicare", electrónicamente
- Ver sus reclamacioness del Medicare Original tan pronto como se procesen

- Imprimir una copia de su tarjeta oficial de Medicare
- Consultar la lista de servicios preventivos para los que es elegible bajo el Medicare Original
- Revisar sus **primas** de Medicare y cómo pagar en línea si recibe una factura de Medicare

El "Botón Azul®" de Medicare.gov

El "Botón Azul" de **Medicare.gov** facilita la descarga de su información médica personal a un archivo. La descarga de su información puede ayudarlo a tomar decisiones más informadas sobre su cuidado médico. El "Botón Azul" es eficaz, seguro, confiable y fácil de usar. Puede usar el "Botón Azul" para:

- Descargar y guardar un archivo de su información médica personal en su computadora u otro dispositivo, incluyendo sus reclamaciones de las Partes A, B y D.
- Imprimir o enviar por correo electrónico la información para compartirla con los demás después de que haya guardado el archivo.
- Importar su archivo guardado a otras herramientas de administración de salud computarizadas.

Visite **Medicare.gov** e inicie sesión en su cuenta segura de Medicare en línea.

Botón azul 2.0®

Medicare ha lanzado un nuevo servicio de datos que hace más fácil compartir su información de las Partes A, B y D con una lista creciente de aplicaciones autorizadas, servicios y programas de investigación. Usted autoriza cada aplicación individualmente y puede regresar a Medicare.gov en cualquier momento para cambiar la forma en que una aplicación utiliza su información.

Una vez que autoriza el intercambio de su información con una aplicación (usando la información de su cuenta Medicare.gov), puede usar esa aplicación para ver sus reclamaciones pasadas y actuales de Medicare.

Para los **planes Medicare Advantage**, sólo está disponible la información de la Parte D a través de este servicio. Si tiene un plan Medicare Advantage, debe consultar con su plan para ver si ofrecen un servicio similar al Botón Azul 2.0.

Medicare mantiene una lista de aplicaciones autorizadas. Visite **Medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps**.

¿Cómo puedo comparar la calidad de los proveedores?

Medicare recopila información sobre la calidad y seguridad del cuidado médico y los servicios ofrecidos por la mayoría de los proveedores (e instalaciones) de la salud.

Visite Medicare.gov y use las herramientas de comparación para obtener un panorama sobre la calidad de los servicios brindados por algunos planes y proveedores a sus pacientes. Algunas de las herramientas tienen un sistema de clasificación por estrellas que le permite comparar facilidades (centros) y mediciones importantes para usted. Pregúntele a su médico qué opina sobre la calidad de los servicios brindados por su plan u otro proveedor de la salud. Hable con su médico sobre la información de la calidad del cuidado que se encuentra en Medicare.gov.

¿Cómo puedo comparar la calidad de los planes de salud y medicamentos de Medicare?

Medicare.gov/plan-compare cuenta con un sistema de calificación de estrellas para los planes de salud y medicamentos de Medicare. La calificación general del plan presenta un puntaje global de la calidad y desempeño de los tipos de servicios que ofrece cada plan.

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

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

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

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

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

Compare la calidad de los servicios proporcionados por los planes de salud y de medicamentos y por los proveedores a nivel nacional, en **Medicare.gov** o llamando al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 113–116.

¿Qué hace Medicare para coordinar mejor mi cuidado?

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

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

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

- Los EHR pueden reducir las probabilidades de que se cometan errores médicos, eliminar la duplicación de exámenes y mejorar la calidad general de la atención médica.
- El EHR de su médico puede vincular a un hospital, laboratorio, farmacia, otros médicos o sistemas de información de inmunización (registros), para que las personas que lo atienden puedan tener una imagen más completa de su salud.

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

Organizaciones Responsables de la Atención Médica/Organizaciones Responsables por el Cuidado de la Salud (ACO, en inglés)
Una ACO es un grupo de médicos, hospitales y/u otros proveedores de la salud que trabajan en forma conjunta para mejorar la calidad y la experiencia del cuidado que recibe. Las ACOs ayudan a los proveedores a coordinar su cuidado y brindarle un cuidado de mejor calidad. El cuidado coordinado ahorra tiempo y costos para pruebas repetidas y citas innecesarias. Puede hacer que sea más fácil detectar posibles problemas antes de que se vuelvan más serios, como las interacciones con medicamentos que pueden ocurrir si un médico no está al tanto de lo que otro ha recetado. Medicare evalúa qué tan bien cada ACO cumple con estos objetivos cada año. Aquellas ACOs que hacen un buen trabajo pueden ganar un bono financiero. Las ACOs que reciben un bono pueden usar el pago para invertir más en su cuidado o compartir una parte directamente con sus proveedores. A veces, las ACOs pueden pagar una multa si su cuidado aumenta los costos.

Una ACO no limita su elección de proveedores de la salud. Sus beneficios de Medicare no están cambiando. Aún tiene derecho de visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor que acepte Medicare en cualquier momento, como lo hace ahora. Una ACO **no** es un **plan Medicare Advantage** que es una alternativa "todo en uno" al Medicare Original, ofrecida por compañías privadas aprobadas por Medicare. Una ACO **no** es un plan HMO, o un plan de seguro de ningún tipo. Para ayudarnos a coordinar mejor su cuidado, Medicare comparte información con sus proveedores. Compartir sus datos, con su médico y ACO, ayuda a garantizar que todos los proveedores que participan en su cuidado tengan acceso a su información de salud cuando y donde lo necesiten. Incluso si se niega a compartir su información, Medicare seguirá usando su información para algunos propósitos, como evaluar el desempeño financiero y de calidad de los proveedores de la salud que participan en ACO. Si no desea que Medicare comparta su información médica, llame al 1-800-MEDICARE.

Nota: Si su médico participa en una ACO y usted necesita cuidado médico en un **centro de enfermería especializada**, hable con su médico sobre la exención de 3 días en un centro de enfermería especializada. Esta exención le permite a Medicare cubrir ciertos servicios en un centro de enfermería especializada sin requerirle que sea internado 3 días en el hospital antes de obtener la cobertura del centro de enfermería especializada. La exención de 3 días no aplica si usted puede ser tratado como paciente ambulatorio o si necesita cuidado a largo plazo.

Compartir su información con las ACOs

Para ayudar a sus proveedores a coordinar su cuidado, Medicare brinda cierta información sobre su cuidado a las ACOs que trabajan con sus proveedores de la salud. Compartir sus datos con su ACO y médico ayuda a garantizar que todos los que participan en su cuidado tengan acceso a su información de salud cuando y donde la necesiten. Incluso si se niega a compartir su información, Medicare seguirá usando su información para algunos propósitos, como evaluar el desempeño financiero y de calidad de los proveedores de la salud que participan en ACO. Si no desea que Medicare comparta su información de salud, llame al 1-800-MEDICARE. Si tiene preguntas o inquietudes, puede hablar con su proveedor de la salud durante su visita médica.

Nota: Los pacientes cuyo médico primario participa en una ACO pueden tener acceso a herramientas o servicios adicionales. Ingrese a su cuenta en **Medicare.gov** para seleccionar su médico primario que puede ayudarle con su cuidado médico en una ACO.

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

Modelo de Contratación Directa, Opciones Profesionales y Globales

El Modelo de Contratación Directa de Medicare tiene como objetivo reducir las admisiones de hospital y ayudar a los proveedores de la salud brindarle cuidado de alta calidad. Usted tiene la opción de elegir un médico u otro proveedor que participe en el Modelo de Contratación Directa, lo que puede resultar en su línea directa con una organización que participe en el Modelo de Contratación

Directa (Entidad de Contratación Directa). Puede hablar con su proveedor sobre los beneficios de ser parte de una Entidad de Contratación Directa. Las entidades de Contratación Directa pueden ofrecer beneficios mejorados como:

- El no tener que permanecer en el hospital durante 3 días antes de ser admitido en un centro de enfermería especializada.
- Tener más beneficios de telesalud para dermatología (diagnóstico y tratamiento de cabello, piel y uñas) y oftalmología (diagnóstico y tratamiento de trastornos oculares).
- El no tener que renunciar al cuidado para tratar o curar una enfermedad si elige recibir cuidados paliativos.

Pregúntele a su médico u otro proveedor que participe en este modelo si su Entidad de Contratación Directa ofrece estos beneficios mejorados.

¿Hay otras maneras de obtener información sobre Medicare?

Publicaciones

Visite **Medicare.gov/publications** para ver, imprimir o descargar copias de los folletos, hojas informativas o panfletos de Medicare sobre distintos temas. También puede llamar al 1-800-MEDICARE. Las publicaciones están disponibles en otros formatos sin cargo. Vea la página 99 para más información.

Medios de comunicación social

Manténgase actualizado y conéctese con otros beneficiarios de Medicare al seguirnos en Facebook (**facebook.com/Medicare**) y Twitter (**Twitter.com/MedicareGov**).

Videos

Visite **YouTube.com/cmshhsgov** para ver videos sobre una amplia gama de temas en el canal YouTube de Medicare.

Blogs

Visite **Medicare.gov/blog** para noticias actualizadas y otra información de nuestros sitios web.

Otros Contactos Útiles

Seguro Social

Visite **socialsecurity.gov** para, puede solicitar e inscribirse en el Medicare Original y ver si califica para la ayuda adicional con los costos de medicamentos de Medicare. Además, cuando abre una cuenta personal en “my Social Security”, puede revisar su estado de cuenta, verificar sus ganancias, cambiar su información de depósito directo, solicitar una tarjeta de Medicare de reemplazo y más. Visite **socialsecurity.gov/myaccount** para abrir su cuenta personal. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

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

Comuníquese con el BCRC al 1-855-798-2627 (TTY: 1-855-797-2627) para cambios en la información de su seguro o para dejarle saber a Medicare si tiene otro seguro.

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

Comuníquese con BFCC-QIO para hacer preguntas o presentar quejas sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, o si piensa que el servicio que le brindan está terminando antes de tiempo (como si su hospital dice que debe ser dado de alta y no está de acuerdo), o no está satisfecho en la forma que su proveedor respondió a su preocupación. Usted tiene derecho a una apelación rápida si piensa que los servicios, cubiertos por Medicare, han sido terminados antes de tiempo. Para obtener el número de teléfono de su BFCC-QIO, visite Medicare.gov/contacts o llame al 1-800-MEDICARE.

Departamento de Defensa

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

TFL
1-866-773-0404, TTY: 1-866-773-0405
tricare.mil/tfl
tricare4u.com

Programa de Farmacia Tricare
1-877-363-1303, TTY: 1-877-540-6261
tricare.mil/pharmacy
express-scripts.com/tricare

Departamento de Asuntos de Veteranos

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

1-800-827-1000, TTY: 711
va.gov
vets.gov
eBenefits.va.gov

Oficina de Gerencia de Personal

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

Retirados: 1-888-767-6738, TTY: 1-800-877-8339
opm.gov/healthcare-insurance

Empleado federal activo: Comuníquese con el funcionario de beneficios. Visite apps.opm.gov/abo para obtener una lista de los funcionarios de beneficios.

Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés)

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

1-877-772-5772, TTY: 1-312-751-4701
rrb.gov

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

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

Alabama

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

Alaska

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

Arizona

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

Arkansas

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

California

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

Colorado

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

Connecticut

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

Delaware

Delaware Medicare Assistance Bureau
1-800-336-9500

Florida

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

Georgia

GeorgiaCares SHIP
1-866-552-4464 (option 4)

Guam

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

Hawaii

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

Idaho

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

Illinois

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

Indiana

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

Iowa

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

Kansas

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

Kentucky

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

Louisiana

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

Maine

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

Maryland

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

Massachusetts

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

Michigan

MMAP, Inc.
1-800-803-7174

Minnesota

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

Mississippi

MS State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
844-822-4622

Missouri

CLAIM
1-800-390-3330

Montana

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

Nebraska

Nebraska SHIP
1-800-234-7119

Nevada

Nevada Medicare Assistance Program (MAP)
1-800-307-4444

New Hampshire

NH SHIP – ServiceLink Resource Center
1-866-634-9412

New Jersey

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

New Mexico

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

New York

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

North Carolina

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

North Dakota

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

Ohio

Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP)
1-800-686-1578

Oklahoma

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

Oregon

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

Pennsylvania

APPRISE
1-800-783-7067

Puerto Rico

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-877-725-4300
TTY: 1-878-919-7291

Rhode Island

Senior Health Insurance Program (SHIP)
1-888-884-8721

South Carolina

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

South Dakota

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

Tennessee

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

Texas

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

Utah

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

Vermont

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

Virgin Islands

Virgin Islands State Health Insurance Assistance Program (VISHIP)
1-340-772-7368 St. Croix area;
1-340-714-4354 St. Thomas area

Virginia

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

Washington

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

Washington D.C.

DC SHIP
1-202-727-8370

West Virginia

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

Wisconsin

WI State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-800-242-1060

Wyoming

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

SECCIÓN 10

Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés)
Cuidado de enfermería especializada y de terapia brindado a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado de SNF incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que sólo pueden ser administradas por una enfermera registrada o médico.

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

Demostraciones
Proyectos especiales, a veces llamados “programa piloto” o “estudios investigativos,” que mide las mejoras en la cobertura, costos y calidad del cuidado. Por lo general, operan sólo por un tiempo limitado, para un grupo específico de personas y en ciertas zonas.

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

Formulario
La lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan de medicamentos o por otro seguro que ofrezca la cobertura de las recetas médicas.

Hospital de acceso crítico
Un centro ubicado en una zona rural a más de 35 millas (o 15 millas si es terreno montañoso o en áreas con sólo caminos secundarios) desde otro hospital u hospital de acceso crítico. Este centro ofrece cuidado de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana, tiene 25 camas para pacientes internados o menos, y mantiene una estadía promedio de 96 horas o menos para los pacientes de cuidado grave.

Hospital de cuidado a largo plazo
Hospitales de atención crítica que brindan tratamiento a los pacientes que deben permanecer internados más de 25 días. La mayoría de los pacientes son transferidos de las unidades de cuidado intensivo o crítico. Los servicios proporcionados incluyen rehabilitación general, terapia respiratoria, tratamiento para traumatismo de cráneo y control del dolor.

Identificador de Proveedor Nacional (NPI, en inglés)
Un número de identificación único para los proveedores de la salud participantes en el programa de Medicare.

Médico de atención primaria
Es un médico que tiene una especialidad primaria en medicina familiar, medicina interna, medicina geriátrica, o medicina pediátrica; o una enfermera, enfermera clínica especializada o un asistente médico.

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

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

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

Plan de salud de Medicare
Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle a los beneficiarios inscritos todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costo y los programas piloto. Los programas PACE son un tipo especial de plan de salud de Medicare que puede ser ofrecido por una entidad pública o privada y que además de los servicios de las Partes A y B, también ofrecen los beneficios de la Parte D.

Plan Medicare
Se refiere a cualquier plan que no sea el Medicare Original, mediante el cual usted recibe los beneficios de salud y de medicamentos de Medicare. El término incluye todos los planes de salud y medicamentos de Medicare.

Plan Medicare Advantage (Parte C)
Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare. Los planes Medicare Advantage (MA) ofrecen todos los beneficios de la Parte A y Parte B (excluyendo hospicio). Los planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones de Mantenimiento de la Salud
- Organizaciones de Proveedores Preferidos
- Planes Privados de Pago por Servicio
- Planes de Necesidades Especiales
- Planes de Cuentas de Ahorro Médico

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage:

- La mayoría de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan.
- Los servicios de Medicare no son pagados por el Medicare Original

La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados.

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

Profesional de cuidado primario/Proveedor de cuidados primarios
Un médico con especialización en la medicina interna o cuidado familiar, geriátrico o pediatría, una enfermera clínica especializada o un asistente médico.

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

Servicios preventivos
Servicios médicos para prevenir enfermedades o hacer una detección temprana de las mismas, que es cuando con el tratamiento se obtienen los mejores resultados (por ejemplo, la prueba Papanicolaou, vacuna contra la gripe y las mamografías).

Ayuda en otros idiomas

Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

العربية (Arabic) إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص Medicare فإن من حقك الحصول على المساعدة و المعلومات بلغتك من دون أي تكلفة. للتحدث مع مترجم إتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

հայերեն (Armenian) Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Medicare-ի մասին, ապա Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

中文 (Chinese-Traditional) 如果您，或是您正在協助的個人，有關於聯邦醫療保險的問題，您有權免費以您的母語，獲得幫助和訊息。與翻譯員交談，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

فارسی (Farsi) اگر شما، یا شخصی که به او کمک میرسانید سوالی در مورد اعلامیه مختصر مدیکردارید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید. برای مکالمه با مترجم با این شماره زیر تماس بگیر ید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Français (French) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions au sujet de l'assurance-maladie Medicare, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et de l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Deutsch (German) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Medicare haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Kreyòl (Haitian Creole) Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen kesyon konsènan Medicare, se dwa w pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san pou pa peye pou sa. Pou w pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Italiano (Italian) Se voi, o una persona che state aiutando, vogliate chiarimenti a riguardo del Medicare, avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete, chiamate il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

日本語 (Japanese) Medicare（メディケア）に関するご質問がある場合は、ご希望の言語で情報を取得し、サポートを受ける権利があります（無料）。通訳をご希望の方は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話ください。

한국어(Korean) 만약 귀하나 귀하가 돕는 어느 분이 메디케어에 관해서 질문을 가지고 있다면 비용 부담이 없이 필요한 도움과 정보를 귀하의 언어로 얻을 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다. 통역사와 말씀을 나누시려면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오.

Polski (Polish) Jeżeli Państwo lub ktoś komu Państwo pomagają macie pytania dotyczące Medicare, mają Państwo prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Aby rozmawiać z tłumaczem, prosimy dzwonić pod numer telefonu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Português (Portuguese) Se você (ou alguém que você esteja ajudando) tiver dúvidas sobre a Medicare, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, gratuitamente. Para falar com um intérprete, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Русский (Russian) Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу программы Медикэр (Medicare), вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Español (Spanish) Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tagalog (Tagalog) Kung ikaw, o ang isang tinutulungan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Medicare, ikaw ay may karapatan na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong lenguwahe ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tiếng Việt (Vietnamese) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

La información en el manual “Medicare y Usted” describe el Programa de Medicare al momento de su impresión. Sin embargo, pueden surgir cambios posteriormente. Para la información más actualizada visite **Medicare.gov** o llame al 1-800-MEDICARE.

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

Pagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, $300

CMS Producto No. 10050-S
Revisado en diciembre 2020

PRSRT STD
POSTAGE & FEES
PAID CMS
PERMIT NO. G-845

Manual Nacional de Medicare

¿Tiene un nuevo domicilio? Visite **socialsecurity.gov** o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. Si recibe beneficios del RRB, llame al 1-877-772-5772. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-312-751-4701.

Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés o español, llame al 1-800-MEDICARE y diga “Agente” (“Agent”). Cuando le comuniquen dígale al representante cuál es el idioma que desea.

Los comentarios generales sobre esta publicación son valorados. Envíenos un correo electrónico a **medicareandyou@cms.hhs.gov**.

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES