



Medicare y Otros Beneficios de Salud:

Su Guía Sobre

Quién Paga Primero

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



Este manual oficial del gobierno le informa:

- Cómo funciona Medicare con otros tipos de cobertura
- Quién debe pagar sus facturas primero
- Dónde obtener ayuda

La información de este folleto describe el programa de Medicare en el momento en que se imprimió este folleto. Pueden producirse cambios después de la impresión. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

“Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía Sobre Quién Paga Primero” no es un documento legal. La guía legal oficial del Programa de Medicare está contenido en los estatutos, las normas y los fallos judiciales relevantes.



Tabla de Contenido

Sección 1: Cuando tiene otra cobertura médica	5
Coordinación de beneficios	5
A dónde ir si se tienen preguntas.	5
¿Qué sucede si cambia mi cobertura de salud?	6
¿Cómo sabrá Medicare que tengo otra cobertura?	9
¿Qué pasa si mi cobertura de salud cambia?	10
¿Qué pasa si tengo Medicare y más de un tipo de cobertura?	10
¿Puedo obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos si ya tengo Medicare?	10
Sección 2: Medicare y otros tipos de cobertura médica	11
Medicare y Medicaid	11
Medicare y la cobertura de plan de salud grupal cuando todavía está trabajando	11
Medicare y la cobertura del plan de salud grupal después de su jubilación. . .	14
Medicare y seguro suplementario de Medicare (Medigap)	17
Medicare y la cobertura de plan médico grupal para las personas incapacitadas (no enfermedad renal en etapa final (ESRD)	18
Medicare y la cobertura de plan médico grupal para las personas con enfermedad renal en etapa final (ESRD)	19
Medicare y Servicio de Salud para Indígenas (IHS)	19
Medicare y el seguro de no culpabilidad (no fault en inglés) o seguro de responsabilidad civil	19
Medicare y compensación para trabajadores.	22
Beneficios de Medicare y Beneficios para Veteranos.	26
Medicare y TRICARE	27
Medicare y el Programa Federal para el Pulmón Negro	28
Medicare y COBRA.	28

SECCIÓN

1 Cuando tiene otra cobertura médica

Coordinación de beneficios

Si tiene Medicare y otra cobertura médica, es posible que tenga preguntas sobre cómo funciona Medicare con su otro seguro y quién paga sus facturas primero. Cada tipo de cobertura se denomina “pagador”. Cuando hay más de un pagador, las reglas de “coordinación de beneficios” deciden quién paga primero. El “pagador primario” paga primero lo que debe en sus facturas, luego usted o su proveedor de atención médica envían el resto al “pagador secundario” (pagador suplementario) para que lo pague. En algunos casos no frecuentes, también puede haber un “tercer pagador”.

El hecho de que Medicare pague primero depende de varios factores, incluidas las situaciones que se enumeran en las siguientes 4 páginas. Sin embargo, este folleto no cubre todas las situaciones. Asegúrese de informar a su médico y a otros proveedores si tiene cobertura médica además de Medicare. Esto les ayudará a enviar sus facturas al pagador correcto y evitar retrasos.

A dónde ir si se tienen preguntas

Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si cambia su cobertura, llame sin cargo al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCRC en inglés) (BCRC, en inglés) al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.

El BCRC es el centro que actúa en nombre de Medicare para:

- Recopilar y administrar información sobre otros tipos de seguro o cobertura que pueda tener una persona con Medicare
- Determina si la cobertura paga antes o después de Medicare
- Este centro también actúa en nombre de Medicare para obtener el reembolso cuando Medicare realiza un pago condicional y se determina que otro pagador es el principal
- Cuando llame a la BCRC, tenga a mano su número de Medicare; puede encontrarlo en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Se le puede solicitar información como:
 - Su Número de Seguro Social (SSN)
 - Su dirección
 - La fecha en que fue elegible por primera vez para Medicare (puede encontrar esta fecha en la esquina inferior derecha de su tarjeta de Medicare)
- Si tiene Medicare Parte A (seguro de hospital) y/o Parte B de Medicare (seguro médico).

¿Qué sucede si cambia mi cobertura de salud?

Encuentre su situación en las páginas 6 a 8 para ver qué pagador generalmente paga primero por los artículos y servicios cubiertos por Medicare, y qué página debe visitar para obtener más detalles. También puede obtener esta información visitando Medicare.gov.

Tengo Medicaid (vea la página 11)

Medicare paga primero y Medicaid paga segundo.

Tengo 65 años o más y tengo una cobertura de plan de salud grupal basada en mi situación laboral actual o la de mi cónyuge. (Consulte las páginas 12 a 13).

- Si el empleador tiene 20 o más empleados, entonces el plan de salud grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar.
- Si el empleador tiene menos de 20 empleados y no es parte de un plan de salud grupal de múltiples empleadores o de múltiples empleadores, entonces Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga en segundo lugar.
- Si el empleador tiene menos de 20 empleados y es parte de un plan de salud grupal de múltiples empleadores o múltiples empleadores, entonces el plan de salud grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar.

Estoy en un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o en un Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) a través de mi empleador y obtengo servicios fuera de la red del plan del empleador. (Consulte la página 13).

Es posible que ni el plan ni Medicare paguen si recibe atención fuera de la red del plan de su empleador. Antes de salir de la red, llame a su plan de salud grupal para averiguar si cubrirá el servicio.

Tengo 65 años o más, estoy jubilado y tengo cobertura de plan de salud grupal del empleador actual de mi cónyuge (Consulte la página 16).

- Si el empleador de su cónyuge tiene 20 o más empleados, el plan de su cónyuge paga primero y Medicare paga en segundo lugar.
- Si el empleador tiene menos de 20 empleados y no es parte de un plan de salud grupal de múltiples empleadores o de múltiples empleadores, entonces Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga en segundo lugar.
- Si el empleador tiene menos de 20 empleados y es parte de un plan de salud grupal de múltiples empleadores o múltiples empleadores, entonces el plan de salud grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar.

Soy menor de 65 años, incapacitado, jubilado y tengo cobertura del plan de salud grupal de mi antiguo empleador. (Consulte la página 16).

Medicare paga primero y la cobertura de su plan de salud grupal (jubilado) paga en segundo lugar.

Soy menor de 65 años, incapacitado, jubilado y tengo cobertura del plan de salud grupal basada en el empleador actual de mi familiar. (Consulte la página 18).

- Si el empleador tiene 100 empleados o más, entonces el plan de salud grupal grande paga primero y Medicare paga en segundo lugar.

Cómo funciona Medicare con otras coberturas (continuación)

Soy menor de 65 años, incapacitado, jubilado y tengo cobertura del plan de salud grupal basada en el empleador actual de mi familiar (vea la página 16).

- Si el empleador tiene menos de 100 empleados y **no es** parte de un plan de salud grupal de múltiples empleadores o de múltiples empleadores, Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga en segundo lugar.
- Si el empleador tiene menos de 100 empleados y **es** parte de un plan de salud grupal de múltiples empleadores o múltiples empleadores, el plan de salud grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar.

Tengo Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) y cobertura de plan de salud grupal (incluido un plan de jubilación). (Consulte la página 19).

Cuando es elegible o tiene derecho a Medicare debido a ESRD, el plan de salud grupal paga primero y Medicare paga segundo durante un período de coordinación que dura hasta 30 meses. Una vez que finaliza el período de coordinación, Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga en segundo lugar. Si originalmente obtuvo Medicare debido a su edad o una incapacidad que no sea ESRD, y su plan de salud grupal era su pagador principal, entonces seguirá siendo el pagador principal cuando sea elegible debido a ESRD.

Tengo cobertura de plan de salud grupal y primero obtuve Medicare porque cumplí 65 años o debido a una incapacidad (que no sea ESRD). Ahora tengo ESRD. ¿Quién paga primero? (Consulte la página 19.)

Cualquiera que sea la cobertura que pagó primero cuando fue elegible para Medicare debido a su edad o incapacidad no relacionada con ESRD, seguirá pagando primero cuando se vuelva elegible debido a ESRD:

- Si originalmente obtuvo Medicare debido a su edad o una incapacidad (que no sea ESRD) y Medicare pagó primero, entonces Medicare continuará pagando primero incluso cuando sea elegible debido a ESRD.
- Si originalmente obtuvo Medicare debido a su edad o una incapacidad (que no sea ESRD) y su plan de salud grupal pagó primero, entonces seguirá pagando primero cuando sea elegible debido a ESRD.

Tengo Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) y cobertura COBRA. (Consulte la página 29).

Cuando es elegible o tiene derecho a Medicare debido a ESRD, COBRA paga primero y Medicare paga segundo durante un período de coordinación que dura hasta 30 meses después de que usted es elegible por primera vez para Medicare. Una vez que finaliza el período de coordinación, Medicare paga primero.

Cómo funciona Medicare con otras coberturas (continuación)

Recibo Servicio de Salud para Indígenas o un proveedor de IHS. (Consulte la página 19).

- Si tiene cobertura de plan de salud grupal no tribal a través de un empleador que tiene 20 o más empleados, el plan de salud grupal no tribal paga primero y Medicare paga en segundo lugar.
- Si tiene cobertura de plan de salud grupal no tribal a través de un empleador que tiene menos de 20 empleados, Medicare paga primero y el plan de salud grupal no tribal paga en segundo lugar.
- Si tiene un plan de salud grupal a través del autoseguro tribal, Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga en segundo lugar.

He tenido un accidente en el que está involucrado un seguro de responsabilidad civil o sin culpabilidad. (Consulte las páginas 19 a 22).

Para los servicios relacionados con el accidente o la lesión, el seguro de responsabilidad civil o sin culpabilidad paga primero y Medicare paga en segundo lugar.

Estoy cubierto por la compensación para trabajadores debido a una enfermedad o lesión relacionada con el empleo. (Consulte las páginas 22 a 25).

Para los servicios o artículos relacionados con el reclamo de compensación para trabajadores, la compensación para trabajadores paga primero. Medicare puede realizar un pago condicional (un pago que debe reembolsarse a Medicare cuando se realiza un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago).

Soy veterano y tengo beneficios para veteranos. (Consulte la página 26).

Generalmente, Medicare y Asuntos de Veteranos (VA) no pueden pagar por el mismo servicio o artículo. Medicare paga los servicios o artículos cubiertos por Medicare. VA paga los servicios o artículos autorizados por VA.

Estoy cubierto por TRICARE. (Consulte la página 27).

- Para los militares en servicio activo inscritos en Medicare, TRICARE paga primero por los servicios o artículos cubiertos por Medicare, y Medicare paga en segundo lugar.
- Para militares en servicio inactivo inscritos en Medicare, Medicare paga primero y TRICARE **puede** pagar en segundo lugar.
- Para los servicios o artículos de un hospital militar o cualquier otro proveedor federal, TRICARE paga primero.

Cómo funciona Medicare con otras coberturas: encuentre su situación (continuación)

Tengo la enfermedad del pulmón negro y estoy cubierto por el Programa Federal para el Pulmón Negro. (Consulte la página 28).

El Programa Federal para el Pulmón Negro paga los servicios relacionados con el pulmón negro. Medicare paga primero por todos los demás servicios de salud que **no** son relacionados con la enfermedad del pulmón negro.

Tengo continuidad de la cobertura de COBRA. (Consulte la página 29).

- Si tiene Medicare porque tiene 65 años o más o porque tiene una incapacidad que no sea la Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés), Medicare paga primero.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, COBRA paga primero y Medicare paga segundo durante un período de coordinación que dura hasta 30 meses después de que usted es elegible por primera vez para Medicare. Una vez que finaliza el período de coordinación, Medicare paga primero.

¿Cómo sabrá Medicare que tengo otra cobertura?

Medicare no sabe automáticamente si tiene otra cobertura. Sin embargo, las aseguradoras deben informar a Medicare cuando son responsables de pagar primero sus reclamos médicos. Un reclamo es una solicitud de pago que envía a Medicare u otro seguro médico cuando obtiene artículos y servicios que cree que están cubiertos. En algunos casos, su proveedor de atención médica, su empleador o su aseguradora pueden hacerle preguntas sobre su cobertura actual para que puedan informar esa información a Medicare.

También puede reportar su información de cobertura llamando gratis al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.

Ejemplo: Harry cumplió recientemente 65 años y es elegible para inscribirse en Medicare. Trabaja para una empresa con 20 o más empleados y él tiene cobertura a través del plan de salud grupal de su empleador. Dado que Harry todavía está trabajando, la aseguradora reportará la información del seguro del plan de salud grupal de Harry a Medicare para que Medicare sepa pagar las reclamaciones de Harry en segundo lugar.

¿Qué pasa si mi cobertura de salud cambia?

Las aseguradoras deben informar estos cambios a Medicare, pero puede llevar algún tiempo antes de que aparezcan los cambios en los registros de Medicare.

Si eso sucede, llame gratis al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627. Usted tendrá que dar la siguiente información cuando llame:

- Su nombre
- El nombre y la dirección de su plan de salud
- Su número de póliza
- La fecha en que se agregó, modificó o interrumpió la cobertura y por qué

Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica sobre los cambios en su cobertura cuando reciba cuidados. Además, comuníquese con su plan de salud para asegurarse de que informaron los cambios a Medicare para que sus reclamos se paguen correctamente.

¿Qué pasa si tengo Medicare y más de un tipo de cobertura?

Consulte su póliza de seguros; es posible que pueda incluir las reglas referentes sobre quién paga primero. También puede llamar al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios.

¿Puedo obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos si ya tengo Medicare?

Generalmente no. Es contra la ley que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda o emita una póliza del Mercado. Esto es cierto incluso si solo tiene la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare. Por lo tanto, si ya tiene Medicare, no debería necesitar coordinar los beneficios entre Medicare y un plan del Mercado.

Por otro lado, si aún no tiene Medicare pero tiene cobertura a través del Mercado, puede optar por mantener su plan del Mercado después de que comience su cobertura de Medicare. Sin embargo, una vez que comience su cobertura de la Parte A de Medicare, finalizarán los créditos fiscales para las primas u otros ahorros que haya obtenido en un plan del Mercado. Si elige mantener su plan del Mercado, tendrá que pagar el precio completo. Por esta razón, en la mayoría de los casos tiene sentido finalizar la cobertura del Mercado una vez que sea elegible para Medicare. Si envejece en Medicare y decide mantener su plan del Mercado, Medicare paga primero. Si tiene preguntas sobre un plan del Mercado, llame al Centro de Llamadas del Mercado de Seguros Médicos al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 855-889-4325.

SECCIÓN

2 Medicare y otros tipos de cobertura médica

Esta sección proporciona información detallada sobre cómo funciona Medicare con su otra cobertura médica y qué pagador paga primero.

Medicare y Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de determinadas personas y familias con ingresos y recursos limitados, y quienes cumplen con otros requisitos. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid. **Medicaid nunca paga primero por los servicios que Medicare cubre.** Sólo paga después de que Medicare ha pagado. En casos excepcionales donde hay otra cobertura además de Medicare, Medicaid paga después de que la otra cobertura ha pagado.

Medicare y la cobertura de plan de salud grupal cuando todavía está trabajando

Muchos empleadores, organizaciones de empleados y sindicatos ofrecen cobertura de planes de salud grupales a empleados actuales o jubilados. En general, un plan de salud grupal brinda cobertura médica a los empleados y sus familias. Si tiene cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB en inglés), su cobertura funciona igual que para todos los planes de salud grupales. También puede obtener cobertura de plan de salud grupal a través del empleador de su cónyuge u otro miembro de la familia (como pareja doméstica, padre, hijo, hija o nieto).

Si tiene Medicare y se le ofrece cobertura bajo un plan de salud grupal, puede optar por aceptar o rechazar el plan.

Medicare y la cobertura de plan de salud grupal cuando todavía está trabajando (continuación)

Tengo 65 años o más y tengo cobertura de plan de salud grupal basada en mi propia situación laboral actual o la situación laboral actual de mi cónyuge y el empleador tiene 20 empleados o más.

Generalmente, su plan de salud grupal paga primero si **ambos** son ciertos:

1. Tiene 65 años o más y está cubierto por un plan de salud grupal a través de su empleador **actual** o el empleador **actual** de un cónyuge de cualquier edad.

Nota: Para esta situación, “cónyuge” incluye matrimonios del mismo sexo y del sexo opuesto en donde: a) tiene derecho a Medicare como cónyuge según las reglas del Seguro Social; y b) el matrimonio se celebró legalmente en una jurisdicción de EE. UU. que reconoce el matrimonio, incluido uno de los 50 estados, el Distrito de Columbia o un territorio de EE. UU. o un país extranjero, siempre que ese matrimonio también sea reconocido por una jurisdicción estadounidense.

Un empleador, asegurador, administrador externo, plan de salud grupal u otro patrocinador del plan puede optar por tener una definición de cónyuge más inclusiva que la descrita anteriormente. Si eso sucede, el plan **puede** pagar, (pero no está obligado a pagar), primero por alguien a quien considera cónyuge según su definición. Comuníquese con su empleador o aseguradora si tiene alguna pregunta sobre su definición de “cónyuge” y cómo se pagan las reclamaciones.

2. El empleador tiene 20 empleados o más y cubre cualquiera de los mismos servicios que Medicare

Si el plan de salud grupal no pagó toda su factura, el médico o proveedor de atención médica debe enviar la factura a Medicare para el pago secundario. Es posible que deba pagar cualquier costo que Medicare o el plan de salud grupal no cubra.

Los empleadores con 20 o más empleados deben ofrecer a los empleados actuales de 65 años o más los mismos beneficios de salud en las mismas condiciones que ofrecen a los empleados menores de 65 años. Si el empleador ofrece cobertura a los cónyuges, debe ofrecer la misma cobertura a los cónyuges de 65 años o más ofertas a los cónyuges menores de 65 años.

Medicare y la cobertura de plan de salud grupal cuando todavía está trabajando (continuación)

Tengo 65 años o más y tengo una cobertura de plan de salud grupal basada en mi situación laboral actual o la de mi cónyuge y el empleador tiene menos de 20 empleados.

Medicare paga primero. Medicare puede pagar en segundo lugar si se aplican ambos:

- Su empleador, con menos de 20 empleados, se une a otros empleadores u organizaciones de empleados (como sindicatos) para patrocinar un plan de salud grupal de múltiples empleadores
- Al menos uno de los otros empleadores tiene 20 o más empleados.

Su plan puede solicitar una “excepción” y solicitar la exclusión voluntaria de un plan de salud grupal de empleadores múltiples. Primero consulte con su plan y pregunte si pagará primero o segundo por sus reclamos.

Estoy en un Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o en un Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO) del empleador que paga primero. ¿Quién paga si obtengo servicios fuera de la red del plan del empleador?

Si recibe atención fuera de la red del plan de su empleador, es posible que ni el plan ni Medicare paguen. Llame a su plan de salud grupal antes de salir de la red para averiguar si cubrirá el servicio.

Medicare y la cobertura de plan de salud grupal (continuación)

¿Cambia la participación de Medicare en un pago si no acepto la cobertura de mi empleador?

Medicare paga su parte por cualquiera de sus servicios de atención médica cubiertos por Medicare, incluso si no acepta la cobertura del plan de salud grupal de su cónyuge o empleador.

¿Qué sucede si cancelo la cobertura de mi empleador?

Si tiene 65 años o más, Medicare paga primero a menos que tenga cobertura a través de un cónyuge empleado y el empleador de su cónyuge tenga al menos 20 empleados.

Recuerde: Si no acepta la cobertura del empleador cuando se le ofreció por primera vez, es posible que no tenga otra oportunidad de inscribirse. Si toma la cobertura pero la cancela más tarde, es posible que no pueda recuperarla. Además, es posible que se le niegue la cobertura si su cónyuge o su empleador generalmente ofrecen cobertura para jubilados, pero usted no estaba en el plan mientras usted o su cónyuge aún trabajaban. Llame al administrador de beneficios de su empleador para obtener más información antes de tomar una decisión.

Medicare y la cobertura del plan de salud grupal después de su jubilación

¿Qué sucede con la cobertura de mi plan de salud grupal después de que me jubile?

Depende de los términos de su plan específico. Es posible que el empleador o sindicato de su cónyuge o su empleador o sindicato no ofrezcan ninguna cobertura de salud después de su jubilación. También si, puede obtener una cobertura de plan de salud grupal después de su jubilación, es posible que el plan tenga reglas diferentes y que no funcione de la misma manera con Medicare. Llame al administrador de beneficios de su empleador para obtener más información.

¿Puedo continuar con la cobertura de mi empleador después de jubilarme?

Su antiguo empleador o sindicato administra cualquier cobertura de jubilado que tenga con esa organización. Los empleadores y los sindicatos no están obligados a proporcionar cobertura a los jubilados y pueden cambiar los beneficios o las primas (el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o medicamentos recetados) o incluso cancelar la cobertura en cualquier momento. Llame al administrador de beneficios de su antiguo empleador para obtener más información.

Medicare y la cobertura del plan de salud grupal después de su jubilación (continuación)

¿Cuánto cuesta la cobertura para jubilados, qué beneficios ofrece e incluye cobertura para mi cónyuge?

Su antiguo empleador o sindicato puede ofrecer una cobertura limitada para jubilados. Por ejemplo, es posible que solo brinde cobertura de “exceso de pérdidas”, que comienza a pagar solo cuando sus costos de bolsillo alcanzan una cierta cantidad. Llame al administrador de beneficios de su antiguo empleador para obtener más información.

¿Qué sucede con mi cobertura de jubilado cuando soy elegible para Medicare?

Si su antiguo empleador ofrece cobertura para jubilados, es posible que la cobertura no pague sus costos médicos por cualquier período cuando fue elegible para Medicare pero no se inscribió en él. Cuando sea elegible para Medicare, deberá unirse tanto a la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) como a la Parte B de Medicare (Seguro Médico) para obtener todos los beneficios de su cobertura de jubilado.

¿Cómo afectará mi cobertura de jubilado a la cobertura de mi cónyuge y de Medicare?

Si no está seguro de cómo funciona su cobertura de jubilado con Medicare, obtenga una copia de los materiales de beneficios de su plan o consulte la descripción resumida del plan que le dio su antiguo empleador o sindicato. También puede llamar al administrador de beneficios de su antiguo empleador y preguntar cómo paga el plan de jubilados cuando tiene Medicare.

¿Cómo se compara la cobertura para jubilados con una póliza Medigap?

Las compañías de seguros privadas venden pólizas Medigap, que son pólizas de seguro opcionales que cubren los “periodos sin cobertura” en la cobertura de Medicare Original. Dado que Medicare paga primero después de su jubilación, es probable que su cobertura de jubilado sea similar a la cobertura de una póliza Medigap. Sin embargo, la cobertura para jubilados a veces incluye beneficios adicionales, como la cobertura de días adicionales en el hospital.

Al igual que una póliza Medigap, la cobertura para jubilados generalmente ofrece beneficios que cubren algunos de los períodos sin cobertura de Medicare, como deducibles (la cantidad que debe pagar por los servicios antes de que Medicare Original o su cobertura de jubilación comience a pagar) o coseguro (una cantidad que se le puede solicitar que pague) pagar como su parte del costo de los servicios, después de pagar los deducibles).

Medicare y la cobertura del plan de salud grupal después de su jubilación (continuación)

¿Cómo afecta mi cobertura de Medicare un plan de salud grupal a través de la cobertura de un empleador actual de mi cónyuge si tengo 65 años o más?

El plan de su cónyuge paga primero y Medicare paga segundo cuando se aplican todas las condiciones siguientes:

- Está jubilado, pero su cónyuge aún trabaja
- Está cubierto por la cobertura del plan de salud grupal de su cónyuge
- El empleador de su cónyuge tiene 20 o más empleados, o tiene menos de 20 empleados, pero es parte de un plan de empleadores múltiples o de un plan de empleadores múltiples.

Si el plan de salud grupal no pagó toda una factura, el médico o proveedor de atención médica debe enviar la factura a Medicare para el pago secundario. Es posible que deba pagar cualquier costo que Medicare o el plan de salud grupal no cubra.

¿Cómo afecta mi cobertura de Medicare el tener una cobertura de jubilación grupal a través de mi ex empleador si soy menor de 65 años y estoy incapacitado?

Si no está empleado actualmente, Medicare paga primero sus facturas de atención médica y la cobertura de su plan de salud grupal paga en segundo lugar.

¿Cómo afecta mi cobertura de Medicare la cobertura de un plan de salud grupal a través del empleador actual de mi cónyuge u otro miembro de la familia si tengo menos de 65 años y estoy incapacitado?

El plan de su cónyuge u otro miembro de la familia paga primero y Medicare paga en segundo lugar cuando se aplican todas las condiciones siguientes:

- Está jubilado, pero su cónyuge u otro miembro de la familia aún trabaja
- Está cubierto por la cobertura del plan de salud grupal de su cónyuge u otro miembro de la familia
- El empleador de su cónyuge u otro miembro de la familia tiene 100 empleados o más, o tiene menos de 100 empleados, pero es parte de un plan de empleadores múltiples o de un plan grupal de empleadores múltiples

Medicare y seguro suplementario de Medicare (Medigap)

Si elijo comprar una póliza Medigap, ¿cuándo debería comprarla?

Su Período de Inscripción Abierta de Medigap es el mejor momento para comprar una póliza de Medigap. Durante su Período de Inscripción Abierta, puede comprar cualquier póliza Medigap que se venda en su estado, incluso si tiene problemas de salud. Este período único de 6 meses comienza automáticamente el primer día del mes en que tiene 65 años o más y está inscrito en la Parte B de Medicare.

Recuerde: Usted y su cónyuge deben comprar cada uno su propia póliza Medigap, y solo puede comprar una póliza cuando sea elegible para Medicare.

Para obtener más información sobre las pólizas de Medigap, visite [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) para ver el folleto “Cómo elegir una póliza de Medigap: una guía de seguro médico para personas con Medicare”. Para encontrar y comparar las pólizas de Medigap, visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Es posible que también desee hablar con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener asesoramiento sobre comprar una póliza Medigap. Los SHIP brindan asesoría personalizada, imparcial y gratuita sobre seguros médicos a las personas con Medicare, sus familias y los cuidadores. Para obtener el número de teléfono de su estado, visite [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Qué sucede si tengo cobertura de plan de salud grupal después de jubilarme y mi empleador anterior quiebra o cierra el negocio?

Si su antiguo empleador quiebra o cierra, las reglas federales de COBRA pueden protegerlo si cualquier otra compañía dentro de la misma organización corporativa todavía ofrece a sus empleados un plan de salud grupal. Ese plan es necesario para ofrecerle la continuación de la cobertura COBRA. Consulte las páginas 28–29.

Si no puede obtener la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que tenga derecho a comprar una póliza Medigap incluso si su Período de Inscripción Abierta de Medigap ha terminado. Puede comunicarse con su SHIP para averiguar si aún puede comprar una póliza Medigap. Para obtener el número de teléfono del SHIP de su estado, visite [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) o llame al 1-800-MEDICARE.

Medicare y la cobertura de plan médico grupal para las personas incapacitadas (no enfermedad renal en etapa final (ESRD))

Soy menor de 65 años y estoy incapacitado. Tengo una cobertura de plan de salud grupal grande basada en mi propia situación laboral actual o la situación laboral actual de un miembro de la familia. ¿Quién paga primero?

Cuando un empleador tiene 100 empleados o más, el plan de salud que ofrece se denomina plan de salud grupal grande. Si está cubierto por un plan de salud grupal grande debido a su situación laboral actual o la situación laboral actual de un miembro de la familia (como un cónyuge, pareja de hecho, padre, hijo, hija o nieto), el plan de salud paga primero y Medicare paga en segundo lugar. Un plan de salud grupal grande no puede tratar a ningún miembro del plan de manera diferente porque está incapacitado y tiene Medicare.

A veces, los empleadores con menos de 100 empleados se unen a otros empleadores para formar un plan de empleadores múltiples o un plan grupal de empleadores. Si al menos un empleador en el plan de múltiples empleadores o el plan grupal de empleadores tiene 100 empleados o más, la cobertura de su plan grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar.

Ejemplo: Mary trabaja a tiempo completo para una empresa que tiene 120 empleados. Tiene una gran cobertura de plan de salud grupal grande para ella y su esposo. Su esposo tiene Medicare debido a una incapacidad, por lo que la cobertura del plan de salud grupal de Mary paga primero por el esposo de Mary y Medicare paga en segundo lugar.

Tengo menos de 65 años y soy incapacitado. Tengo cobertura de plan de salud grupal a través de mi situación laboral actual o la de un miembro de mi familia, y ese empleador tiene menos de 100 empleados. ¿Quién paga primero?

Si el empleador tiene menos de 100 empleados, Medicare paga primero. Sin embargo, Medicare puede pagar en segundo lugar si se aplican las dos condiciones siguientes:

- Su empleador, (con menos de 100 empleados) se une a otros empleadores u organizaciones de empleados (como sindicatos) para patrocinar un plan de salud grupal (llamado plan de múltiples empleadores)
- Al menos uno o más de los otros empleadores tienen 100 o más empleados.

Su plan puede solicitar una “excepción” y solicitar la exclusión voluntaria de un plan de salud grupal de múltiples empleadores. Primero verifique con su plan y pregunte si pagará primero o segundo por sus reclamos.

Ejemplo: Mary trabaja a tiempo completo para una empresa con 53 empleados. Tiene cobertura de plan de salud grupal para ella y su esposo. Su empresa no pertenece a un plan de empleadores múltiples. El esposo de Mary tiene Medicare debido a una incapacidad, por lo que Medicare paga primero y la cobertura del plan de salud grupal paga en segundo lugar.

Medicare y la cobertura de plan médico grupal para las personas con enfermedad renal en etapa final (ESRD)

Tengo cobertura de plan de salud grupal (incluido un plan de jubilación) y Medicare debido a ESRD. ¿Quién paga primero?

Las personas con ESRD tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón. Cuando es elegible para Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar las facturas médicas y del hospital durante un período de coordinación de 30 meses que comienza cuando se vuelve elegible para Medicare.

Esto es cierto, independientemente de:

- el número de empleados del empleador
- si está actualmente empleado o jubilado
- si el plan de su empleador dice que su política es pagar en segundo lugar a Medicare, o si rechaza o limita sus pagos a las personas con Medicare

Esto también es cierto si cambia el motivo de su elegibilidad para Medicare, por ejemplo, si anteriormente tenía derecho a Medicare debido a su edad o una incapacidad que no sea ESRD, y ahora es elegible o tiene derecho a Medicare debido a ESRD.

Durante su período de coordinación de 30 meses, si su plan no paga por los servicios cubiertos en su totalidad, Medicare puede pagar en segundo lugar por todos los artículos y servicios cubiertos por Medicare, no solo por el tratamiento de la ESRD. Consulte con su plan si no está seguro de si pagará por los servicios cubiertos en su totalidad.

Medicare y Servicio de Salud para Indígenas (IHS)

Medicare paga primero sus facturas de atención médica, antes de IHS. Sin embargo, si también tiene un plan de salud grupal no tribal a través de un empleador que tiene al menos 20 empleados, su plan generalmente paga primero, seguido de Medicare y luego IHS. Si su empleador tiene menos de 20 empleados, Medicare generalmente paga primero, seguido por su plan y luego por IHS. Si tiene un plan de salud grupal a través del autoseguro tribal, Medicare generalmente paga primero y el plan paga en segundo lugar.

Medicare y el seguro de no culpabilidad (no fault en inglés) o seguro de responsabilidad civil

¿Qué es un seguro de no culpabilidad (no fault en inglés)?

El seguro de no culpabilidad puede pagar los servicios de atención médica que reciba si se lesiona o su propiedad se daña en un accidente, independientemente de quién tenga la culpa de causar el accidente. Algunos tipos de seguro de no culpabilidad incluyen:

- Planes de automóviles
- Planes de propietarios de viviendas
- Planes de seguros comerciales

Medicare y el seguro de no culpabilidad (no fault en inglés) o seguro de responsabilidad civil (continuación)

¿Qué es el Seguro de Responsabilidad Civil?

El Seguro de Responsabilidad Civil (incluido el autoseguro) protege a las personas contra reclamaciones por negligencia u otros tipos de posibles irregularidades, (por ejemplo, acción inapropiada o inacción que provoca que alguien se lesione o cause daños a la propiedad).

Algunos tipos de Seguro de Responsabilidad Civil incluyen:

- Propietarios de vivienda
- De Automóvil
- De Productos
- De negligencia profesional
- De Conductor sin seguro
- De Conductor con seguro insuficiente

Si tiene un reclamo de seguro de responsabilidad por sus gastos médicos, usted o su abogado deben notificar a Medicare lo antes posible.

¿Quién paga primero si tengo una reclamación de seguro sin culpabilidad o seguro de responsabilidad civil?

Seguro de Responsabilidad Pública (No-fault, en inglés) o Seguro de Responsabilidad Civil paga primero y Medicare paga en segundo lugar los servicios relacionados con el accidente o la lesión. El seguro sin culpabilidad o el seguro de responsabilidad civil paga primero y Medicare paga en segundo lugar los servicios relacionados con el accidente o la lesión.

Si a los médicos u otros proveedores se les informa que usted tiene un reclamo de seguro sin culpabilidad o de responsabilidad, deben intentar que la compañía de seguros les pague antes de facturar a Medicare. Sin embargo, esto puede llevar mucho tiempo. Si la compañía de seguros no paga el reclamo de inmediato (generalmente dentro de los 120 días), su médico u otro proveedor pueden facturar a Medicare. Medicare puede hacer un pago condicional para pagar la factura y luego recuperará el pago después de que se haya realizado un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago sobre la reclamación. (Consulte “¿Qué es un pago condicional?” En la página 21.)

Ejemplo: Nancy tiene 69 años. Ella es una pasajera en el auto de su nieta y tienen un accidente. La nieta de Nancy tiene cobertura de Protección contra lesiones personales/ Pagos médicos (Med Pay) como parte de su seguro de automóvil. Mientras está en la sala de emergencias el hospital le pregunta a Nancy sobre la cobertura disponible relacionada con el accidente. Nancy le dice al hospital que su nieta tiene cobertura Med Pay. Debido a que esta cobertura paga independientemente de la culpa, se considera Seguro de Responsabilidad el hospital le pregunta. El hospital factura al seguro sin culpabilidad por los servicios de la sala de emergencias y solo factura a Medicare si el seguro sin culpabilidad no paga algunos servicios cubiertos por Medicare.

Medicare y el seguro de no culpabilidad (no fault en inglés) o seguro de responsabilidad civil (continuación)

¿Quién paga si el Seguro de Responsabilidad civil niega mi factura médica o se determina que no es responsable del pago?

En determinadas circunstancias, Medicare hará pagos condicionales cuando una aseguradora de Responsabilidad Pública o una aseguradora de Responsabilidad Civil no pague. Si también tiene una cobertura de plan de salud grupal que paga primero, el plan de salud grupal debe facturarse antes que Medicare, ya sea que el Seguro de Responsabilidad Pública (no-fault) o el Seguro de Responsabilidad Civil pague o rechace la reclamación. También usted sigue siendo responsable de su parte de la factura, (como el coseguro, el copago o un deducible), y por los servicios que Medicare no cubre. Un copago es una cantidad que se le puede exigir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Por lo general, es una cantidad fija, en vez de un porcentaje (como el coseguro). Por ejemplo, podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

¿Qué es un pago condicional?

Un pago condicional es un pago que Medicare hace por servicios que otro plan de seguro puede ser responsable de pagar. Medicare realiza este pago condicional para que no tenga que usar su propio dinero para pagar la factura. El pago es “condicional” porque usted o su abogado son responsables de asegurarse de que Medicare sea reembolsado si obtiene un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago más adelante.

Ejemplo: Joan está conduciendo su automóvil cuando alguien en otro automóvil la golpea. Joan tiene que ir al hospital. El hospital intenta facturar a la compañía de seguros del otro conductor. La compañía de seguros disputa quién tuvo la culpa y no pagará el reclamo de inmediato. El hospital factura a Medicare y Medicare hace un pago condicional al hospital por los servicios de atención médica que recibió Joan. Cuando se llega a un acuerdo con la compañía de seguros del otro conductor, Joan debe asegurarse de que se le reembolse a Medicare el pago condicional.

Ejemplo: Bob tiene un infarto. Medicare paga la atención médica de Bob para su ataque cardíaco y su recuperación. Bob se entera más tarde de que uno de sus medicamentos recetados que toma puede haberle provocado un ataque cardíaco. Es parte de una demanda colectiva contra la compañía que fabrica el medicamento y obtiene un acuerdo. Bob debe asegurarse de que se le reembolse a Medicare los pagos condicionales que hizo por él y que son relacionados con su acuerdo.

Medicare y el seguro de no culpabilidad (no fault en inglés) o seguro de responsabilidad civil (continuación)

¿Cómo le devuelvo a Medicare un pago condicional?

Si usted o su proveedor presentan un reclamo de seguro sin culpabilidad o de responsabilidad civil y Medicare realiza un pago condicional, usted o su representante deben informar el reclamo y el pago llamando al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCRC en inglés) sin cargo al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.

El Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios recopilará información sobre los pagos condicionales que hizo Medicare en relación con su reclamo de seguro sin culpabilidad o de responsabilidad civil. Si obtiene un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago, usted o su representante deben llamar al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios. Calculará el monto de reembolso final (si corresponde) en su caso de recuperación y le enviará una carta solicitando el reembolso.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas sobre un reclamo de seguro sin culpabilidad o de responsabilidad civil, llame a la compañía de seguros. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, llame al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios.

Medicare y compensación para trabajadores

La compensación para trabajadores es una ley o plan que requiere que los empleadores otorguen beneficios a los empleados que se enferman o se lesionan en el trabajo. Los planes de compensación para trabajadores cubren a la mayoría de los empleados. Para averiguar si está cubierto, hable con su empleador o comuníquese con la división o departamento de compensación para trabajadores de su estado.

Si cree que tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, dígaselo a su empleador y presente un reclamo de compensación para trabajadores.

Usted o su abogado también deben llamar gratis al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al 1-855-798-2627 tan pronto como presente su reclamo de compensación para trabajadores. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.

Tengo Medicare y presenté un reclamo de compensación para trabajadores. ¿Quién paga primero?

Si tiene Medicare y se lesiona en el trabajo, la compensación para trabajadores paga primero los artículos o servicios de atención médica que recibió debido a su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Puede haber una demora entre el momento en que un médico u otro proveedor factura por una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo y cuando el seguro estatal de compensación para trabajadores decide si deben pagar la factura. Medicare no puede pagar por artículos o servicios que la compensación de trabajadores pagará de inmediato. Por lo general, estos incluyen artículos o servicios que la compensación para trabajadores paga dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio o la fecha de su alta hospitalaria como paciente internado (si corresponde), lo que ocurra primero.

Medicare y compensación para trabajadores (continuación)

Medicare puede realizar un pago condicional si la compañía de seguros de compensación para trabajadores niega el pago de sus facturas por 120 días o más, médicas en espera de una revisión de su reclamo.

Nota: Esta no es la misma situación que cuando se ha resuelto su caso de compensación para trabajadores y está utilizando fondos de su Acuerdo de cantidad estipulada separada para gastos de Medicare por compensación legal por accidente de trabajo (WCMSA, por sus siglas en inglés). Consulte las siguientes 2 páginas para obtener más información.

Ejemplo: Tom se lesionó en el trabajo. Presentó un reclamo de compensación para trabajadores. Su médico facturó a la agencia estatal de compensación para trabajadores por el pago, pero ella no recibió el pago dentro de los 120 días, por lo que facturó a Medicare, por un pago condicional. Medicare hizo un pago condicional al médico de Tom por los servicios de atención médica de Tom. Si Tom eventualmente obtiene un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago de la agencia estatal de compensación para trabajadores, es responsabilidad de Tom asegurarse de que se le reembolse a Medicare el pago condicional.

¿Qué pasa si la compensación para trabajadores niega el pago?

Si el seguro de compensación para trabajadores niega el pago y usted le da a Medicare prueba de la negación del reclamo, Medicare pagará los artículos y servicios cubiertos por Medicare según corresponda.

Ejemplo: Mike se lesionó en el trabajo. Presentó un reclamo de compensación para trabajadores. La agencia de compensación para trabajadores negó el pago de las facturas médicas de Mike. El médico de Mike facturó a Medicare y envió a Medicare una copia de la denegación de la compensación para trabajadores junto con la factura. Medicare pagará al médico de Mike por los artículos y servicios cubiertos por Medicare que Mike recibió como parte de su tratamiento. Mike debe pagar todo lo que Medicare no cubra.

¿Puede la compensación para trabajadores decidir pagar solo una parte de mi factura completa?

En algunos casos, es posible que el seguro de compensación para trabajadores no pague la factura completa. Si tuvo una lesión o enfermedad antes de comenzar su trabajo (llamada “condición preexistente”), y el trabajo lo empeoró, es posible que la compensación para trabajadores no pague toda su factura porque el trabajo no causó el problema original. En este caso, el seguro de compensación para trabajadores puede acordar pagar sólo una parte de las facturas del médico o del hospital. Si Medicare cubre el tratamiento de su afección preexistente, entonces Medicare puede pagar su parte de las facturas del médico o del hospital que no cubre la compensación para trabajadores.

Medicare y compensación para trabajadores (continuación)

¿Cómo me aseguro de que se reembolse a Medicare el pago condicional?

Si usted o su proveedor presentan un reclamo de compensación para trabajadores y Medicare hace un pago condicional, usted o su abogado deben informar el reclamo y el pago llamando al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al número gratuito 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 855-797-2627.

El Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios recopilará información sobre los pagos condicionales que hizo Medicare en relación con su reclamo de compensación para trabajadores. Si obtiene un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago, usted o su abogado deben llamar al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios. Calculará el monto de reembolso final (si corresponde) en su caso y le enviará una carta solicitando el reembolso. Si su reclamo de compensación para trabajadores pendiente finalmente se abandona o desestima, usted o su abogado deben comunicarse con el Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios con esa información.

Mi reclamo de compensación para trabajadores se está preparando para llegar a un acuerdo. ¿Cuándo y por qué necesitaría un acuerdo de reserva de Medicare de compensación para trabajadores?

Si resuelve su reclamo de compensación para trabajadores, puede ofrecerse como voluntario para poner parte del dinero del acuerdo en un Acuerdo de reserva de Medicare para compensación para trabajadores, para pagar la atención médica futura relacionada con su lesión o enfermedad laboral. En muchos casos, antes de llegar a un acuerdo, la agencia de compensación para trabajadores le pedirá a Medicare que revise cierta documentación médica y apruebe una cantidad que se puede poner en un Acuerdo de reserva de Medicare de compensación para trabajadores para pagar la atención médica futura. Debe utilizar los fondos de su acuerdo para pagar la atención médica relacionada antes de que Medicare comience a pagar la atención relacionada. Para obtener más información sobre el Acuerdo de cantidad estipulada separada para gastos de Medicare por compensación legal por accidente de trabajo visite go.cms.gov/wcmsa.

Medicare y compensación para trabajadores (continuación)

¿Qué sucede si tengo una cantidad de acuerdo de reserva de Medicare de compensación para trabajadores aprobado por Medicare? ¿Cómo puedo usar el dinero si administro la cuenta yo mismo?

Tenga en cuenta estas pautas si administra su cuenta del Acuerdo de cantidad estipulada separada para gastos de Medicare por compensación legal por accidente de trabajo (WCMSA, por sus siglas en inglés):

- Solo debe utilizar el dinero de su acuerdo para pagar los gastos médicos futuros, incluidos los medicamentos recetados relacionados con su lesión o enfermedad laboral que, de otro modo, hubiera sido pagado por Medicare Original.
- Debe utilizar los fondos del acuerdo para pagar los gastos médicos futuros, incluidos los medicamentos recetados, si está inscrito en un plan Medicare Advantage (Parte C). Las empresas privadas tienen un contrato con Medicare para ofrecer estos planes de salud que brindan todos los beneficios de la Parte A y la Parte B (y la mayoría de los planes también ofrecen cobertura de medicamentos recetados). Los planes Medicare Advantage incluyen:
 - Organizaciones de mantenimiento de la salud
 - Organizaciones de proveedores preferidos
 - Planes privados de pago por servicio
 - Planes para necesidades especiales
 - Planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare
- Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, el plan (en lugar de Medicare Original) cubrirá la mayoría de sus servicios de Medicare.
- No puede utilizar el dinero de su acuerdo para pagar cualquier otra lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, o cualquier artículo o servicio médico que Medicare no cubra (como servicios dentales).
- Debe gastar todo su dinero del acuerdo en los gastos médicos relacionados apropiados antes de que Medicare pague los gastos médicos cubiertos por Medicare relacionados con su reclamo de compensación para trabajadores.
- Antes de usar cualquiera de los fondos de su acuerdo, debe familiarizarse con los tipos de servicios que cubre Medicare visitando [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877-486-2048.
- Debe mantener registros detallados de los gastos médicos relacionados con la compensación de trabajadores, incluidos los gastos de medicamentos recetados. Estos registros deben mostrar qué artículos y servicios recibió y cuánto dinero gastó en su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Necesitará estos registros para demostrar que utilizó el dinero de su acuerdo para pagar los gastos médicos relacionados con la compensación de trabajadores.

Beneficios de Medicare y Beneficios para Veteranos

Tengo beneficios de Medicare y para veteranos. ¿Quién paga primero?

Si tiene (o puede obtener) tanto los beneficios de Medicare como los de los veteranos, puede recibir tratamiento con cualquiera de los programas. Sin embargo, Medicare nunca es el pagador secundario después del Departamento de Asuntos para Veteranos (VA). Cada vez que reciba atención médica o consulte a un médico, debe elegir qué beneficios utilizar. Medicare no puede pagar el mismo servicio que cubrieron sus beneficios para veteranos, y sus beneficios para veteranos no pueden pagar el mismo servicio que cubrió Medicare.

Nota: Para que VA pague los servicios, debe ir a una instalación de VA o hacer que VA autorice los servicios en una instalación que no pertenece a VA.

¿Existen situaciones en las que tanto Medicare como VA puedan pagar?

Sí. Si VA autoriza servicios en un hospital que no pertenece a VA, pero no autorizó todos los servicios que recibe durante su estadía en el hospital, entonces Medicare puede pagar por los servicios cubiertos por Medicare que VA no autorizó.

Ejemplo: Bob es un veterano. Va a un hospital que no pertenece a VA para una cirugía autorizada por VA. Mientras está en el hospital que no pertenece a VA, Bob recibe otros servicios no autorizados por VA que el VA no cubrirá. Algunos de estos servicios son servicios cubiertos por Medicare. Medicare puede pagar algunos de los servicios de Bob no autorizados por VA. Bob tendrá que pagar los servicios que ni Medicare ni VA cubren.

Si el médico lo acepta como paciente y factura al VA los servicios autorizados por el VA, el médico debe aceptar el pago del VA como pago total. El médico no puede facturarle a usted ni a Medicare por estos servicios.

Si su médico **no acepta** la tarjeta de identificación de pago, deberá presentar una reclamación ante el VA usted mismo. El VA le pagará la cantidad aprobada a usted o a su médico.

¿Dónde puedo obtener más información sobre los beneficios para veteranos?

Visite VA.gov, llame a su oficina local de VA o llame al número de información nacional de VA al 1-800-827-1000. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-829-4833.

Medicare y TRICARE

¿Qué es TRICARE?

TRICARE es un programa de atención médica para miembros de los servicios uniformados en servicio activo, jubilados y sus familias que incluye:

- TRICARE Prime
- TRICARE Extra
- TRICARE Standard
- TRICARE FOR Life (TFL)

TFL brinda cobertura médica ampliada a los jubilados de servicios uniformados elegibles para Medicare de 65 años o más, a sus familiares y sobrevivientes elegibles, y a ciertos ex cónyuges. Debe tener la Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B de Medicare (Seguro médico) para obtener los beneficios de TFL.

¿Puedo tener tanto Medicare como TRICARE?

Algunas personas pueden tener tanto Medicare como otros tipos de TRICARE, que incluyen:

- Dependientes de miembros en servicio activo que tienen Medicare por cualquier motivo.
- Personas menores de 65 años que tienen la Parte A debido a una incapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD en inglés) y también tiene la Parte B.
- Personas de 65 años o más que pueden obtener la Parte A y que también se inscriben en la Parte B.

Tengo Medicare y TRICARE. ¿Quién paga primero?

Si está en servicio activo, TRICARE paga primero por los servicios cubiertos por Medicare. TRICARE pagará los montos del deducible y coseguro de Medicare y también pagará los servicios cubiertos por TRICARE que Medicare no cubra. Si no está en servicio activo, Medicare paga primero. TRICARE puede pagar en segundo lugar si tiene la cobertura de TRICARE For Life. Usted paga los costos de los servicios que Medicare o TRICARE no cubran.

¿Quién paga si recibo servicios de un hospital militar?

Si recibe servicios de un hospital militar o de cualquier otro proveedor de atención médica federal, TRICARE paga las facturas. Medicare generalmente no paga por los servicios que recibe de un proveedor de atención médica federal u otra agencia federal.

¿Dónde puedo obtener más información?

- Visite tricare.mil/tfl.
- Llame al consejero de beneficios médicos de un hospital o clínica militar.
- Llame a TRICARE For Life al 1-866-773-0404. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-773-0405.

Medicare y el Programa Federal para el Pulmón Negro

Tengo Medicare y cobertura bajo el Programa Federal para el Pulmón Negro. ¿Quién paga primero?

Para cualquier atención médica relacionada con la enfermedad del pulmón negro, el Programa Federal para el Pulmón Negro paga primero siempre que el programa cubra el servicio. Medicare no pagará los servicios médicos u hospitalarios cubiertos por el Programa Federal para el Pulmón Negro. Su médico u otro proveedor de atención médica debe enviar todas las facturas por el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad del pulmón negro a:

Federal Black Lung Program
P.O. Box 8302
London, Kentucky 40742-8302

Para todos los demás servicios de atención médica **no** relacionados con la enfermedad del pulmón negro, Medicare paga primero y su médico o proveedor de atención médica debe enviar sus facturas directamente a Medicare.

¿Qué pasa si el Programa Federal para el Pulmón Negro no paga mi factura?

Pídale a su médico u a otro proveedor de atención médica que le envíe la factura a Medicare. Pídeles que incluyan una copia de la carta del Programa Federal de Beneficios para el Pulmón Negro que dice por qué no pagará su factura.

¿Dónde puedo obtener más información?

Llame al 1-800-638-7072 si tiene preguntas sobre el Programa Federal para el Pulmón Negro. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, llame gratis al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.

Medicare y COBRA

¿Qué es COBRA?

COBRA es una ley federal que puede permitirle mantener temporalmente la cobertura de salud de su empleador o sindicato después de que finalice el empleo o después de que pierda la cobertura como dependiente del empleado cubierto. Esto se denomina “continuación de cobertura”.

En general, COBRA sólo se aplica a empleadores con 20 o más empleados. Sin embargo, algunos estados requieren que las compañías de seguros que cubren a empleadores con menos de 20 empleados le permitan mantener su cobertura por un período de tiempo.

Medicare y COBRA (continuación)

Tengo la continuación de la cobertura de Medicare y COBRA. ¿Quién paga primero?

Si tiene Medicare porque tiene 65 años o más o porque tiene una incapacidad distinta, Medicare paga primero.

Cuando es elegible o tiene derecho a Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD en inglés), COBRA paga primero y Medicare paga segundo durante un período de coordinación que dura hasta 30 meses después de que usted es elegible por primera vez para Medicare. Una vez que finaliza el período de coordinación, Medicare paga primero.

Decidir si debe elegir la cobertura COBRA y cuándo puede ser muy complicado. Cuando pierde la cobertura del empleador y tiene Medicare, debe conocer su período de elección de COBRA, su Período de Inscripción de Medicare Parte B (seguro médico) y su Período de Inscripción Abierta de Medigap. Cada uno de estos períodos puede tener diferentes fechas límite y esas fechas límite pueden superponerse. Debe saber que lo que decida sobre un tipo de cobertura (COBRA, Parte B y Medigap) puede hacer que pierda los derechos de otra.

¿Dónde puedo obtener más información sobre COBRA?

- Antes de elegir la cobertura COBRA, puede hablar con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) sobre la Parte B y el Seguro Suplementario de Medicare (Medigap). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al administrador de beneficios de su empleador si tiene preguntas sobre sus opciones específicas de COBRA.
- Si tiene preguntas sobre Medicare y COBRA, llame gratis al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCRC) al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.
- Si su cobertura del plan de salud grupal era a través de un empleador privado (no es un empleador del gobierno), visite el Departamento de Trabajo en dol.gov, o llame al 1-866-444-3272.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal fue a través de un empleador del gobierno estatal o local, llame a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) al 1-877-267-2323, extensión 61565.
- Si la cobertura de su plan de salud era a través del gobierno federal, visite la Oficina de Administración de Personal en opm.gov.

Aviso de Comunicaciones accesibles de CMS

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) brindan ayuda y servicios auxiliares, como publicaciones, documentos y comunicaciones, en Braille, letra grande, CD de datos o audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no estará en desventaja por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida 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. Envíenos un fax: 1-844-530-3676

3. Enviar una carta a:

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 al Cliente

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si la conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales.

Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle información adicional.

Nota: Si está inscrito en un Plan de Medicamentos 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, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo o edad para la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, sean estos realizados por los CMS directamente o a través de un contratista de cualquier otra entidad con el que los CMS coordinen la realización de sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las maneras incluidas en este aviso si tiene alguna duda sobre cómo obtener información en un formato que pueda utilizar.

También puede presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos 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,

1. En línea:

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

2. Por teléfono:

Llame al 1-800-368-1019. TTY puede llamar al 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

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Blvd.
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por uso privado, \$300

Producto CMS No. 02179-S
Revisado en septiembre de 2021

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

¿Necesita usted una copia en español?

Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

