

Cómo funciona Medicare con otros seguros

Este manual oficial del gobierno le informa:

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

es.Medicare.gov



Medicare

Tabla de contenido

1	Sección 1: ¿Qué es la coordinación de beneficios?
2	¿Cómo sabrá Medicare que tiene otra cobertura?
3	Sección 2: ¿Cómo funciona Medicare con otros tipos de cobertura?
4	Cobertura de un plan de seguro de salud grupal
7	Cobertura de COBRA
8	Cobertura de un programa federal
11	Si padece una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés) o una discapacidad
14	Si tiene una fuente de cobertura diferente
22	Aviso de Comunicaciones Accesibles
23	Aviso sobre la discriminación



Sección 1:

¿Qué es la coordinación de beneficios?

Si tiene Medicare y otro seguro médico, cada tipo de cobertura se denomina “pagador”. La coordinación de beneficios con Medicare depende de qué seguro se considera “primario” y cuál “secundario”. El seguro que paga primero (pagador primario) cubre hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (pagador secundario) solo cubre si hay costos que el seguro primario no cubrió y el pagador secundario cubre el servicio. Se aplican las mismas reglas de coordinación de beneficios independientemente de si tiene Medicare Original, Medicare Advantage (Parte C) (con o sin cobertura de medicamentos) o la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).

Existen muchos factores que determinan cómo Medicare decide qué cobertura se considera “primaria” y “secundaria” para el pago.

Los tipos de cobertura que se consideran pagadores pueden incluir:

- Planes de salud grupales para empleados o jubilados
- Planes COBRA
- Programas federales como beneficios para veteranos, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, Programa Federal del Pulmón Negro y Medicaid
- Planes de salud no grupales como seguro de responsabilidad civil, seguro de no culpabilidad y compensación laboral

El pago prioritario de Medicare o de su otra cobertura depende de su situación.

Puede encontrar situaciones comunes en la sección 2, pero este folleto no cubre todas las situaciones. Asegúrese de informar a sus proveedores si tiene cobertura médica además de Medicare. Esto les ayudará a enviar sus facturas al pagador correcto y evitar retrasos.

¿Cómo sabrá Medicare que tiene otra cobertura?

Medicare no sabe automáticamente si usted tiene otra cobertura. Sin embargo, las aseguradoras deben notificar a Medicare cuando sean responsables de pagar primero sus reclamaciones médicas. En algunos casos, su proveedor de atención médica, empleador o aseguradora podrían hacerle preguntas sobre su cobertura actual para poder reportar esa información a Medicare. Si tiene un plan Medicare Advantage (Parte C) o en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D), usted es responsable de responder a las preguntas de su plan sobre su otra cobertura.

Ejemplo: Harry cumplió 65 años recientemente y está inscrito en Medicare. Trabaja para una empresa con 20 o más empleados y tiene cobertura a través del plan de salud grupal de su empleador. Como Harry sigue trabajando, su plan de salud grupal reportará la información de su seguro a Medicare para que este pague sus reclamaciones en segundo lugar.

Si su plan de salud grupal o su cobertura para jubilados es el pagador secundario, es posible que deba inscribirse en la Parte B de Medicare antes de que paguen. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si su cobertura cambia, llame al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al 1-855-798-2627 (TTY: 1-855-797-2627) o visite es.Medicare.gov/health-drug-plans/coordination.



Sección 2:

¿Cómo funciona Medicare con otros tipos de cobertura?

La coordinación de beneficios con Medicare depende de qué seguro se considera “primario” y cuál es “secundario”. El seguro que paga primero (pagador primario) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (pagador secundario) solo paga si hay costos que el seguro primario no cubrió y ese pagador cubre el servicio.

Algunos de los factores que influyen en quién paga primero son:

- El tipo de cobertura que tiene
- Su edad
- Si está jubilado
- Si tiene una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Final (End Stage Renal Disease, ESRD en inglés)

Nota: Para las situaciones descritas en esta sección, “cónyuge” incluye tanto matrimonios entre personas de distinto sexo como entre personas del mismo sexo en los que:

- Tiene derecho a Medicare como cónyuge según las normas del Seguro Social; y
- Está legalmente casado en una jurisdicción de los EE. UU. que reconozca el matrimonio, incluyendo uno de los 50 estados, el Distrito de Columbia o un territorio de los EE. UU. (o un país extranjero, siempre que ese matrimonio también sea reconocido por una jurisdicción de los EE. UU.).

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 (pero no está obligado a) pagar primero por alguien que considere un cónyuge según su definición. Comuníquese con su empleador o aseguradora si tiene alguna pregunta sobre su definición de “cónyuge” y cómo paga las reclamaciones para usted y su cónyuge.

Cobertura de un plan de seguro de salud grupal

Muchos empleadores, organizaciones de empleados y sindicatos ofrecen cobertura de plan de salud grupal a empleados actuales o jubilados. También puede obtener cobertura de plan de salud grupal a través del empleador de su cónyuge u otro miembro de la familia (como una pareja de hecho, padre, hijo, hija o nieto). Generalmente, un plan de seguro médico grupal brinda cobertura médica a los empleados y sus familias.

Si tiene cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés), su cobertura funciona de la misma manera que otros planes de seguro médico grupal.

Si tiene cobertura de un plan de seguro médico grupal a través de su empleador actual (o el de un cónyuge o familiar), quién paga primero depende de factores como su edad y la cantidad de empleados en la empresa (o grupo de seguro médico de múltiples empleadores).

Tiene 65 años o más y cuenta con un plan de salud grupal basado en una situación laboral actual (o la de su cónyuge) (incluido el trabajo por cuenta propia). ¿Quién paga primero?

- Mi empleador (o el de mi cónyuge) tiene 20 o más empleados (o tiene menos de 20 empleados, pero es parte de un grupo de empleadores múltiples donde al menos una empresa tiene 20 o más empleados):
 - Por lo general, su plan de salud grupal (o el de su cónyuge) paga primero y Medicare paga después. Si el plan de salud grupal no pagó toda su factura, su proveedor debe enviar la factura a Medicare para el pago secundario. Es posible que tenga que pagar cualquier costo que Medicare o el plan de salud grupal no cubran.
 - 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 empleados menores de 65 años. Si el empleador ofrece cobertura a los cónyuges, debe ofrecer la misma cobertura a los cónyuges mayores de 65 años que ofrece a los cónyuges menores de 65 años.

Nota: Su plan puede solicitar una “excepción” para optar por no participar en un plan de salud grupal de múltiples empleadores. Consulte primero con su plan y pregunte si pagará primero o segundo por sus reclamos.

- Si su empleador (o el de su cónyuge) tiene menos de 20 empleados (y no forma parte de un grupo de empleadores múltiples en el que al menos una empresa tiene 20 o más empleados):
 - Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga después.

¿Qué sucede si no acepta la cobertura de su empleador (o la de su cónyuge)?

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

Recuerde: Si no acepta la cobertura de su empleador cuando se le ofrece por primera vez, es posible que no tenga otra oportunidad de inscribirse. Si se inscribe en la cobertura, pero la abandona más tarde, es posible que no pueda recuperarla. Además, es posible que se le niegue la cobertura si su empleador (o el de su cónyuge) generalmente ofrece cobertura para jubilados, pero usted no estaba en el plan mientras usted o su cónyuge todavía estaban trabajando. Llame al administrador de beneficios de su empleador para obtener más información antes de tomar una decisión.

Tiene 65 años o más, sigue trabajando y está inscrito en un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) o en un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) del empleador que paga primero. ¿Quién paga si recibe servicios fuera de la red del plan del empleador?

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

Tiene 65 años o más, está jubilado y cuenta con cobertura de jubilación de un plan de seguro médico grupal a través de su antiguo empleador (o el de su cónyuge). ¿Quién paga primero?

Medicare paga primero, y su plan de salud grupal (o el de su cónyuge) paga en segundo lugar.

¿Qué pasa con la cobertura de medicamentos?

- Consulte con su administrador de beneficios antes de agregar la cobertura de medicamentos de Medicare. Si tiene cobertura de empleador o sindicato y agrega cobertura de medicamentos de Medicare, puede perder los beneficios de su empleador o sindicato (incluida cualquier cobertura de salud no relacionada con medicamentos) para usted y/o su cónyuge o dependientes. Si esto sucede, es posible que no pueda recuperar la cobertura de su empleador o sindicato. Esto es cierto incluso si recibe Ayuda Adicional (un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar las primas de cobertura de medicamentos de Medicare, los deducibles, el coseguro y otros costos). Si tiene cobertura de jubilación, consulte con su administrador de beneficios para averiguar si perderá los beneficios de jubilación (incluida cualquier cobertura de salud no relacionada con medicamentos) para usted y/o su cónyuge o dependientes si agrega la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si tiene cobertura de medicamentos a través de su empleador actual o anterior, su empleador o sindicato le notificará cada año para informarle si su cobertura es válida. Guarde esta información para sus registros.
- Puede esperar para inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare y no pagar una multa si su cobertura de medicamentos es válida y no se queda sin cobertura válida de medicamentos recetados durante 63 días o más.
- Los planes del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés) incluyen cobertura válida de medicamentos recetados, por lo que no necesita obtener cobertura de medicamentos de Medicare. Sin embargo, si decide obtener cobertura de medicamentos de Medicare, puede mantener su plan FEHB y, en la mayoría de los casos, Medicare pagará primero.

¿Qué sucede con la cobertura de su plan de salud grupal después de jubilarse?

Depende de los términos de su plan específico. Es posible que su empleador o sindicato o el de su cónyuge no ofrezcan ninguna cobertura de salud después de jubilarse. Además, si puede obtener cobertura de un plan de salud grupal después de jubilarse, 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.

¿Cómo funciona la cobertura para jubilados con Medicare?

Su antiguo empleador o sindicato administra cualquier cobertura para jubilados que tenga con esa organización. Los empleadores y los sindicatos no están obligados a ofrecer cobertura para jubilados, y pueden cambiar los beneficios o las primas, o incluso cancelar la cobertura en cualquier momento.

Si su antiguo empleador ofrece cobertura para jubilados, es posible que la cobertura no pague sus costos médicos durante ningún período en el que usted era elegible para Medicare pero no se inscribió en él. Cuando sea elegible para Medicare, es posible que deba inscribirse tanto en la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) como en la Parte B de Medicare (seguro médico) para obtener todos los beneficios de su cobertura para jubilados.

Su antiguo empleador o sindicato puede ofrecer una cobertura limitada para jubilados. Por ejemplo, es posible que solo proporcione una cobertura de “pérdidas limitadas”, que comienza a pagarse solo cuando sus gastos de bolsillo alcanzan una cierta cantidad.

Si no está seguro de cómo funciona su cobertura para jubilados con Medicare, obtenga una copia de los materiales de beneficios de su plan o revise el resumen de la descripción del plan que le dio su antiguo empleador o sindicato. Llame al administrador de beneficios de su antiguo empleador para obtener más información sobre cómo paga el plan para jubilados cuando tiene Medicare.

Cobertura de COBRA

¿Qué es COBRA?

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) es una ley federal que puede permitirle mantener temporalmente la cobertura de salud del empleador o del sindicato después de que termine su empleo o después de que pierda la cobertura como dependiente del empleado cubierto. Esto se llama “continuación de la cobertura”.

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

Si tiene 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, Medicare paga primero.

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

¿Qué sucede si tiene cobertura de un plan de salud grupal después de jubilarse y su antiguo empleador se declara en bancarrota o cierra sus operaciones?

Si su antiguo empleador se declara en bancarrota o cierra el negocio, las reglas federales de COBRA pueden protegerlo si cualquier otra compañía dentro de la misma organización corporativa aún ofrece a sus empleados un plan de salud grupal. Es posible que se requiera que ese plan le ofrezca la continuación de la cobertura de COBRA. Si no puede obtener la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que tenga derecho a comprar una póliza de Medigap incluso si su Período de Inscripción Abierta de Medigap ha terminado. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para averiguar si aún puede comprar una póliza Medigap. Para obtener el número de teléfono de su SHIP local, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué pasa con la cobertura de medicamentos?

Puede haber razones por las que debería obtener la cobertura de medicamentos de Medicare en lugar o además de, COBRA. Si toma COBRA e incluye cobertura de medicamentos recetados válida, tendrá un Período Especial de Inscripción para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare sin penalización cuando finalice COBRA.

¿Qué más necesita saber?

Decidir si debe obtener la cobertura de COBRA y cuándo debe hacerlo puede ser muy complicado. Cuando pierde la cobertura del empleador y tiene Medicare, debe estar al tanto de su período de elección de COBRA, su Período de Inscripción en la Parte B de Medicare (seguro médico) y su Período de Inscripción Abierta de Medigap. Cada uno de estos períodos puede tener diferentes plazos, y esos plazos pueden ser a la misma vez. Debe tener en cuenta que lo que decida sobre un tipo de cobertura (COBRA, Medicare Parte B y Medigap) podrían hacer que pierda sus derechos en virtud de otro.

Antes de obtener la cobertura de COBRA, puede hablar con su asesor de SHIP sobre la Parte B de Medicare y el Seguro Suplementario de Medicare (Medigap). Para obtener el número de teléfono del SHIP de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

Cobertura de un programa federal

Si tiene Medicare y beneficios para veteranos, ¿quién paga primero?

Si tiene (o puede obtener) beneficios de medicare y de veteranos, puede obtener cobertura bajo cualquiera de los dos programas. Sin embargo, Medicare no paga por ningún servicio de atención médica que reciba en una instalación del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) de los Estados Unidos. Medicare y el VA (Departamento de Asuntos de los Veteranos) no pueden pagar los mismos artículos o servicios. Cada vez que reciba atención médica o visite a un proveedor, tendrá que elegir qué cobertura utilizar.

Medicare paga por los artículos y servicios cubiertos por Medicare. VA paga por los artículos o servicios autorizados por VA en un centro del VA o (autorizado) que no pertenece a VA.

¿Qué pasa con la cobertura de medicamentos?

Es posible que pueda obtener cobertura de medicamentos a través del programa VA. También puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, pero si lo hace:

- No puede usar ambos tipos de cobertura para el mismo medicamento al mismo tiempo.
- No podrá usar el programa “Medicamentos por correo” (Meds by Mail en inglés) del VA.

¿Qué más necesita saber?

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.

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

En algunas circunstancias, podría tener que presentar una reclamación ante el VA usted mismo. El VA le pagará el monto aprobado a usted o a su médico.

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

Tiene Medicare y TRICARE. ¿Quién paga primero?

Si está en servicio activo y tiene Medicare, TRICARE paga primero por los servicios o artículos cubiertos por Medicare, y Medicare paga en segundo lugar.

Si no está en servicio activo, Medicare paga primero por los servicios cubiertos por Medicare, y TRICARE puede pagar en segundo lugar.

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

TRICARE For Life (TFL) proporciona 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 excónyuges. Debe tener Medicare Parte A (seguro hospitalario) y Medicare Parte B (seguro médico) para obtener los beneficios de TFL. Visite Tricare.mil/tfl o llame al 1-866-773-0404 para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-773-0405.

¿Qué pasa con la cobertura de medicamentos?

La mayoría de las personas con TRICARE que tienen derecho a la Parte A de Medicare también deben tener la Parte B de Medicare para mantener sus beneficios de medicamentos de TRICARE. Si tiene TRICARE, no necesita inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Sin embargo, si lo hace, su plan de medicamentos de Medicare paga primero y TRICARE paga después.

Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, TRICARE y su plan pueden coordinar sus beneficios si la farmacia de la red de su plan también es una farmacia de la red de TRICARE.

Para obtener más información, visite tricare.mil o llame al Programa de Farmacia de TRICARE al 1-877-363-1303. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-540-6261.

Tiene Medicare y recibo atención de los Servicios de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés) o de un proveedor de IHS.

¿Quién paga primero?

Generalmente, Medicare paga primero sus facturas de atención médica, antes que el sistema de prestación del Servicio de Salud Indígena (IHS). El sistema de prestación de servicios del IHS está compuesto por centros de salud operados por el IHS, una tribu u organización tribal, o una organización indígena urbana. Sin embargo, se aplican las siguientes condiciones:

- Si tiene cobertura de un plan de salud grupal no tribal a través de un empleador, el plan de salud grupal no tribal paga primero y Medicare paga segundo si:
 - El empleador tiene 20 o más empleados, o
 - El empleador tiene menos de 20 empleados, pero es parte de un grupo de empleadores múltiples donde al menos un empleador tiene 20 o más empleados
- Si tiene cobertura de un 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 seguro de salud a través de un plan de salud tribal, Medicare paga primero y el plan de salud tribal paga segundo.

¿Qué pasa con la cobertura de medicamentos?

Muchos centros de salud para indígenas participan en el programa de medicamentos de la Parte D de Medicare. Si obtiene medicamentos a través de un centro de salud para indígenas, continuará recibéndolos sin costo alguno para usted y su cobertura no se interrumpirá. Su coordinador local de beneficios de salud para indígenas, puede ayudarlo a elegir un plan que satisfaga sus necesidades y decirle cómo funciona Medicare con el sistema de salud indígena.

Tiene Medicare y cobertura bajo el Programa Federal del Pulmón Negro. ¿Quién paga primero?

Para cualquier atención médica, incluidos los medicamentos, relacionada con la enfermedad del pulmón negro, el Programa Federal del Pulmón Negro paga primero siempre y cuando el programa cubra el servicio que Medicare no pagará por los servicios médicos u hospitalarios o los medicamentos cubiertos por el Programa Federal del Pulmón Negro

Su proveedor 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 cuidados de salud que no estén relacionados con la enfermedad del pulmón negro, Medicare paga primero, y su proveedor de atención médica debe enviar sus facturas directamente a Medicare. Si el Programa Federal del Pulmón Negro no paga su factura, pídale a su proveedor de atención médica que le envíe la factura a Medicare. También pídale que incluya una copia de la carta del Programa Federal del Pulmón Negro que diga por qué no pagará su factura.

Llame al 1-800-638-7072 si tiene preguntas sobre el Programa Federal del Pulmón Negro. Llame al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al número gratuito 1-855-798-2627 si tiene preguntas sobre quién paga primero, los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.

Tiene Medicare y Medicaid. ¿Quién paga primero?

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 cubre Medicare. Solo paga después de que Medicare haya pagado. En raras ocasiones en las que hay otra cobertura además de Medicare, Medicaid paga después de que la otra cobertura haya pagado.

¿Qué pasa con la cobertura de medicamentos?

Medicare cubre los costos de sus medicamentos. Deberá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por separado o en un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos para que Medicare pague sus medicamentos.

Si tiene cobertura completa de Medicaid, califica automáticamente para Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos por su cuenta, Medicare lo inscribirá en uno. Visite [es.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) para obtener más información sobre cómo funciona la Ayuda Adicional.

- Si tiene cobertura total de Medicaid y vive en un asilo de ancianos, no paga nada por los medicamentos cubiertos.
- Si tiene cobertura completa de Medicaid y vive en su casa o en un centro de asistencia o para adultos, pagará un pequeño copago por cada medicamento.

Visite [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicare-chip](https://www.medicare.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicare-chip) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Cobertura de Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés) o una discapacidad:

Quién paga primero depende de cosas como:

- Su edad
- Su discapacidad
- Cuánto tiempo ha recibido beneficios por discapacidad
- Su otra cobertura del plan de salud

Tiene Medicare debido a una ESRD y tiene una cobertura de plan de salud grupal (incluido el de jubilado) (o con la cobertura de su cónyuge o familiar). ¿Quién paga primero?

Una vez que sea elegible para Medicare debido a una insuficiencia renal permanente, habrá **un período de coordinación de 30 meses**. Durante este tiempo, su plan de salud grupal o para jubilados continuará pagando primero sus facturas de atención médica, independientemente de:

- El número de empleados del empleador
- Ya sea que esté empleado actualmente o jubilado
- Si su plan grupal o de jubilación dice que su política es pagar en segundo lugar a Medicare, o si rechaza o limita sus pagos a las personas con Medicare

Durante su período de coordinación de 30 meses, si su plan no paga los servicios cubiertos en su totalidad, Medicare puede pagar en segundo lugar todos los artículos y servicios cubiertos por Medicare, no solo los que cubren la Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés). Consulte con su plan si no está seguro de si cubrirá los servicios cubiertos en su totalidad.

Una vez finalizado el período de coordinación, Medicare paga primero y su plan de salud grupal (o la cobertura para jubilados) paga en segundo lugar.

Informe a su proveedor de atención médica si tiene su un plan de salud grupal o para jubilados para que facture sus servicios correctamente. Es posible que su plan de salud grupal o para jubilados aún cubra por servicios que Medicare no cubre. Consulte con el administrador de beneficios de su plan para obtener más información.

Obtuvo Medicare por primera vez al cumplir 65 años o debido a una discapacidad distinta a la ESRD. También tiene cobertura de un plan de salud grupal (incluida la cobertura para jubilados o la cobertura de su cónyuge o familiar). Ahora tiene ESRD. ¿Quién paga primero?

La cobertura que pagó primero cuando usted cumplió los requisitos para Medicare debido a su edad o a una discapacidad distinta a la ESRD continúa pagando primero cuando usted cumple los requisitos debido a la ESRD.

Tiene Medicare debido a la cobertura de ESRD y COBRA. ¿Quién paga primero?

COBRA paga primero y Medicare paga segundo durante el período de coordinación, que dura hasta 30 meses después de que usted sea elegible por primera vez para una Enfermedad Renal en Etapa Final. Después de que finaliza el período de coordinación, Medicare paga primero.

Tiene menos de 65 años y tiene Medicare por discapacidad y cobertura de salud grupal. ¿Quién paga primero?

Quién paga primero depende de si su cobertura de salud grupal proviene de su empleador actual o anterior (o de un cónyuge o miembro de la familia) y del tamaño de ese empleador.

- **Usted es menor de 65 años y tiene Medicare debido a una discapacidad, y cuenta con cobertura de un empleador anterior.**

En este caso, Medicare paga primero porque la cobertura del empleador no se basa en el empleo activo.

Nota: Es posible que la cobertura para jubilados no pague sus costos médicos durante ningún período en el que era elegible para Medicare pero no se inscribió. Cuando sea elegible para Medicare, deberá inscribirse tanto en la Parte A de Medicare como en la Parte B de Medicare para obtener todos los beneficios de su cobertura para jubilados.

Consulte con su cobertura de jubilación para averiguar si perderá los beneficios de jubilación (incluida cualquier cobertura de salud no relacionada con medicamentos) para usted y/o su cónyuge o dependientes si obtiene cobertura de medicamentos de Medicare.

- **Tiene menos de 65 años y tiene Medicare debido a una discapacidad. También tiene cobertura de su empleador actual (o el de su cónyuge o familiar).**

Si ese empleador tiene **100 o más empleados** o tiene menos de 100 empleados, pero es parte de un grupo de empleadores múltiples donde una o más compañías tienen al menos 100 empleados, el plan de salud grupal paga primero y Medicare paga segundo.

Ejemplo: María trabaja a tiempo completo para una empresa que tiene 120 empleados. Tiene 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 María paga primero por el esposo de María y Medicare paga segundo.

Nota: Los planes de salud ofrecidos por empleadores con 100 o más empleados también se denominan “planes de salud grupales grandes”. No pueden tratar a ningún miembro del plan de manera diferente porque están incapacitados y tienen Medicare.

Si ese empleador tiene menos **de 100 empleados** y no forma parte de un plan grupal de múltiples empleadores (donde una o más compañías tienen 100 o más empleados), entonces Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga segundo.

Tiene menos de 65 años y tiene Medicare por discapacidad. También recibe prestaciones por discapacidad de la Administración del Seguro Social (SSA) o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). ¿Quién paga primero?

Si ha recibido beneficios por discapacidad del SSA o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) durante menos de 24 meses, aún no es elegible para la cobertura de Medicare. Esto significa que su plan de salud grupal es su único pagador.

Una vez que haya recibido beneficios por discapacidad durante 24 meses, quedará inscrito automáticamente en Medicare y su cobertura médica grupal determinará quién paga primero.

Nota: No hay un período de espera de 24 meses para las personas con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), también conocida como enfermedad de Lou Gehrig.

Usted es menor de 65 años y tiene Medicare debido a una discapacidad. También cuenta con cobertura de un plan de salud grupal para jubilados a través de su antiguo empleador. ¿Quién paga primero?

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

Es posible que la cobertura para jubilados no pague sus costos médicos durante ningún período en el que fuera elegible para Medicare pero no se inscribiera en él. Cuando sea elegible para Medicare, deberá inscribirse tanto en la Parte A de Medicare como en la Parte B de Medicare para obtener todos los beneficios de su cobertura para jubilados.

Consulte con su cobertura de jubilación para averiguar si perderá los beneficios de jubilación (incluida cualquier cobertura de salud no relacionada con medicamentos) para usted y/o su cónyuge o dependientes si obtiene cobertura de medicamentos de Medicare.

Cobertura de una fuente diferente

Reclamos por Accidentes o Lesiones de no culpabilidad, Responsabilidad Civil o Compensación de Trabajadores

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

El seguro de no culpabilidad puede pagar los servicios de atención médica que recibe si se lesiona o si 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 para propietarios de viviendas
- Planes de seguros comerciales

Su seguro de no culpabilidad paga primero y Medicare paga en segundo lugar por los servicios de atención médica relacionados con el accidente o la lesión.

¿Qué es el seguro de responsabilidad civil?

El seguro de responsabilidad civil (incluido el autoseguro) protege contra reclamaciones por situaciones como negligencia u otros tipos de posibles actos indebidos (por ejemplo, una acción o falta de acción inapropiada que cause lesiones a una persona o daños a la propiedad).

Algunos tipos de seguro de responsabilidad civil incluyen:

- Propietarios de viviendas
- Automóvil
- Productos
- Negligencia
- Automovilista sin seguro
- Automovilista con seguro insuficiente

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

Su seguro de responsabilidad civil paga primero y Medicare paga en segundo lugar por los servicios de atención médica relacionados con el accidente o la lesión.

Si a los médicos u otros proveedores se les informa que usted tiene un reclamo de seguro de no culpabilidad o de responsabilidad civil, deben intentar que la compañía de seguros pague antes de facturar a Medicare. Si su accidente o lesión es un caso abierto de Responsabilidad Continua por Gastos Médicos, entonces el seguro de responsabilidad civil o de no culpabilidad debe pagar primero. Sin embargo, si su caso de responsabilidad civil o de no culpabilidad no recibe la Responsabilidad Continua por los Servicios Médicos, el procesamiento de su factura puede demorar mucho tiempo. Si la compañía de seguros no paga el reclamo de inmediato (generalmente dentro de los 120 días), su médico u otro proveedor podría facturarle a Medicare.

Medicare puede hacer un pago condicional para pagar la factura, y luego recuperar el pago después de que el seguro de responsabilidad civil haya realizado un acuerdo, sentencia, indemnización u otro pago por la reclamación.

¿Qué más necesita saber?

Si el seguro de no culpabilidad o de responsabilidad civil rechaza su factura médica o se determina que no es responsable del pago, Medicare paga primero, pero solo por los servicios cubiertos por Medicare. Usted sigue siendo responsable de su parte de la factura (como el coseguro, un deducible o copago) y del costo de los servicios que Medicare no cubre.

Ejemplo: Nancy tiene 69 años. Ella es 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 de Med Pay. Debido a que esta cobertura paga independientemente de la culpa, se considera un seguro de no culpabilidad. El hospital factura al seguro de no culpabilidad por los servicios de la sala de emergencias, y solo factura a Medicare si el seguro de no culpabilidad no paga algunos servicios cubiertos por Medicare.

¿Qué es la compensación para trabajadores?

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

La compensación para trabajadores paga primero por los artículos, incluidos los medicamentos, o los servicios relacionados con el reclamo de compensación para trabajadores.

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 el momento en que el seguro de compensación para trabajadores (una compañía de seguros privada o un fondo estatal) decide si debe pagar la factura.

Medicare no puede pagar por artículos o servicios que la compensación para trabajadores pagará con prontitud o si el reclamo cae bajo un caso abierto de responsabilidad continua por gastos médicos, o si hay un acuerdo abierto de reserva de Medicare de compensación para trabajadores. Por lo general, estos incluyen artículos o servicios que el Acuerdo de Reserva de Medicare de 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 hospitalizado (si corresponde), lo que ocurra primero.

Medicare puede hacer un pago condicional si la compañía de seguros de compensación para trabajadores niega el pago de sus facturas médicas, en espera de una revisión de su reclamo.

Nota: Esta no es la misma situación que cuando su caso de compensación para trabajadores se ha resuelto y está utilizando fondos de su Acuerdo de Reserva de Medicare de Compensación para Trabajadores para pagar su atención médica. Las reglas de pago condicional no se aplican a un caso abierto y activo de responsabilidad continua por servicios médicos. Tampoco se aplican al Acuerdo de Reserva de Medicare de Compensación para Trabajadores abierto, Casos de accidentes y lesiones.

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 no le pagaron 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 finalmente obtiene un acuerdo, fallo, sentencia u otro pago de la agencia estatal de compensación para trabajadores, es responsabilidad de Tom asegurarse de que Medicare reciba el pago condicional.

¿Qué más necesita saber?

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 al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al número gratuito 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.

¿Qué pasa si la compensación laboral niega el pago?

Si el seguro de compensación para trabajadores niega el pago y usted le da a Medicare prueba de la denegación del reclamo, Medicare podría pagar los artículos y servicios cubiertos por Medicare según corresponda. Sin embargo, Medicare no puede pagar si tiene un Acuerdo de Reserva de Compensación de Medicare para Trabajadores que ha aportado fondos para su futuro necesidades de atención médica relacionadas con la compensación laboral, a menos que todos esos fondos se hayan utilizado para pagar la atención médica. Medicare no puede pagar reclamos relacionados con accidentes si usted tiene un caso abierto de Responsabilidad Continua por Gastos Médicos relacionado con este accidente o lesión.

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

Sí, 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 solo una parte de sus facturas médicas u hospitalarias.

Si Medicare cubre el tratamiento de su afección preexistente, entonces Medicare puede pagar su parte de las facturas médicas u hospitalarias que la compensación para trabajadores no cubre.

Su reclamo de compensación para trabajadores se está preparando para resolverse. ¿Qué pasa después?

Si usted resuelve su reclamo de compensación para trabajadores, puede ofrecerse como voluntario para destinar parte del dinero del acuerdo en un Acuerdo de Reserva de Medicare de 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 pueda destinarse a un Acuerdo de Reserva de Medicare de Compensación para Trabajadores.

Debe usar los fondos de su plan para pagar la atención médica relacionada, incluidos los medicamentos, antes de que Medicare comience a cubrirla. Visite go.cms.gov/WCMSASelfAdm para obtener más información sobre los Acuerdos de Reserva de Medicare de Compensación para Trabajadores.

¿Qué sucede si tiene una cantidad del Acuerdo de reserva de Medicare de Compensación para Trabajadores aprobada por Medicare?

Usted debe:

- Solo usar el dinero de su acuerdo para pagar gastos médicos futuros, incluidos los medicamentos, relacionados con su lesión o enfermedad laboral que de otro modo habrían sido pagados por Medicare.
- Usar los fondos del acuerdo para pagar gastos médicos futuros, incluidos medicamentos, incluso si está en un plan Medicare Advantage.
- Utilice el dinero de su Plan de Compensación para Trabajadores de Medicare para pagar los medicamentos relacionados con su enfermedad o lesión laboral, incluso si tiene un plan de medicamentos de Medicare (o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos).

No puede usar el dinero de su acuerdo para pagar ninguna otra lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, ni para ningún artículo o servicio médico que Medicare no cubra (como servicios dentales). Debe gastar todo el dinero del acuerdo en gastos médicos relacionados apropiados antes de que Medicare (ya sea Medicare Original o Medicare Advantage) pague cualquier gasto médico cubierto por Medicare o medicamentos relacionados con su reclamo de compensación para trabajadores.

Antes de usar los fondos de su plan, familiarícese con los tipos de servicios que cubre Medicare visitando [es.Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Mantenga registros detallados de los gastos médicos relacionados con la compensación de sus trabajadores, incluidos los gastos de medicamentos. Estos registros deben mostrar qué artículos y servicios obtuvo y cuánto dinero gastó en su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Necesitará estos registros para demostrar que usó el dinero de su acuerdo para pagar los gastos médicos relacionados con la compensación de sus trabajadores.

Visite go.cms.gov/WCMSASelfAdm para obtener más información sobre cómo administrar su Acuerdo de Reserva de Medicare de Compensación para Trabajadores

Pagos condicionales

¿Qué es un pago condicional?

Un pago condicional es un pago que Medicare hace por servicios de los que otro pagador puede ser responsable. Medicare realiza este pago condicional para que no tenga que usar su propio dinero para pagar la factura. El pago es “condicional” porque debe ser reembolsado a Medicare por la persona responsable o el pagador. Si obtiene un acuerdo, fallo, sentencia u otro pago, usted es responsable de reembolsar a Medicare el pago condicional.

¿Cuándo realiza Medicare pagos condicionales?

Medicare puede hacer un pago condicional si la compañía de seguros de responsabilidad civil, de no culpabilidad o de compensación para trabajadores no paga el reclamo con prontitud (generalmente dentro de los 120 días). Medicare puede recuperar cualquier pago que el pagador principal debería haber realizado. Su médico debe facturar primero a de accidentes o lesiones si desea obtener un pago más rápido.

Sin embargo, si la aseguradora rechaza la reclamación, la aseguradora debe enviar el motivo de la denegación a su médico. Luego, su médico debe enviar la denegación a Medicare para que Medicare pueda revisar el reclamo y determinar si se puede realizar un pago de Medicare antes del período de 120 días.

Nota: Medicare no puede realizar un pago condicional por una reclamación relacionada con un accidente o lesión si usted tiene ya sea un Acuerdo de Reserva de Medicare para Compensación para trabajadores abierto o un caso de Responsabilidad Continua por Gastos Médicos (Ongoing Responsibility for Medicals) relacionado con esa reclamación.

¿Cómo recupera Medicare los pagos condicionales?

Si Medicare realiza un pago condicional por su reclamo de responsabilidad civil, de no culpabilidad o relacionado con la compensación para trabajadores, y usted o su representante no han informado su acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago a Medicare, llame al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al 1-855-798-2627 (TTY: 1-855-797-2627) El Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios:

- Recopila información sobre los pagos condicionales que realiza Medicare.
- Calcula el monto final adeudado (si corresponde) en su caso de recuperación.
- Le envía una carta solicitando el reembolso.

¿Cómo puede asegurarse de que Medicare sea reembolsado por el pago condicional?

Si se realiza un pago condicional por un reclamo de responsabilidad, de no culpabilidad o relacionado con la compensación para trabajadores, usted es responsable de asegurarse de que Medicare reciba el reembolso de cualquier acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago que haya recibido.

Si usted o su proveedor presentan un reclamo de responsabilidad, de no culpabilidad o de compensación para trabajadores y Medicare realiza un pago condicional por reclamos médicos, 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 cualquier pago condicional para reclamos médicos que Medicare haya realizado en relación con su reclamo de responsabilidad civil, de no culpabilidad o de compensación para trabajadores. Si obtiene un acuerdo, fallo, sentencia u otro pago, usted o su abogado deben llamar al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios.

Si tiene Medicare Original, el Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios calculará el monto final del reembolso (si corresponde) en su caso y le enviará una carta solicitando el reembolso. Si su reclamo pendiente de compensación para trabajadores finalmente se abandona o desestima, usted o su abogado deben comunicarse con el Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios con esa información.

Ejemplo: Juana está conduciendo su automóvil cuando alguien en otro automóvil la atropella. Juana tiene que ir al hospital. El hospital intenta facturar a la compañía de seguros del otro conductor por los servicios de atención médica de Juana. 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 de Joan. Cuando se llega a un acuerdo con la compañía de seguros del otro conductor, Joan debe asegurarse de que Medicare reciba el reembolso del pago condicional.

Ejemplo: Bob tiene un ataque cardíaco. Medicare paga la atención médica de Bob por su ataque cardíaco y su recuperación. Más tarde, Bob se entera de que uno de sus medicamentos recetados puede haber desencadenado su ataque cardíaco. Es parte de una demanda colectiva contra la compañía que fabrica el medicamento y obtiene un acuerdo. Bob debe asegurarse de que Medicare reciba el reembolso de cualquier pago condicional que haya hecho por él y que esté relacionado con su acuerdo.

¿Qué sucede si Medicare paga por un reclamo que debería haber sido pagado por su Acuerdo de Reserva de Medicare de Compensación para Trabajadores?

Medicare puede pagar las reclamaciones médicas o de medicamentos antes de saber que las reclamaciones están relacionadas con su acuerdo de compensación para trabajadores. Cuando esto ocurre, Medicare debe ser reembolsado por el Acuerdo de Reserva de Medicare de Compensación para Trabajadores. Si tiene Medicare Original, el Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios investigará sus reclamaciones y le solicitará el reembolso. Si tiene un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos de Medicare, el plan se comunicará con usted para investigar las reclamaciones y solicitar el reembolso. Usted es responsable de cooperar con los esfuerzos del Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios, Medicare Advantage o el plan de medicamentos de Medicare para verificar si las reclamaciones están relacionadas con su acuerdo de compensación para trabajadores y reembolsar a Medicare por esas reclamaciones de su Acuerdo de Reserva de Medicare de Compensación para Trabajadores.

Si está en otra situación

¿Qué pasa si tiene Medicare y más de una fuente de cobertura?

Consulte con cada uno de sus tipos de cobertura para averiguar quién paga primero. También puede llamar al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.

¿Qué pasa si su cobertura de salud cambia?

Las aseguradoras deben informar los cambios en la cobertura de salud a Medicare, pero puede pasar algún tiempo antes de que aparezcan en los registros de Medicare. Si eso sucede, llame 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. Cuando llame, deberá decirles:

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

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

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

Generalmente, no. Es ilegal que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda o le emita una póliza del Mercado. Esto es cierto incluso si solo tiene la Parte A o la Parte B de Medicare. Por lo tanto, si ya tiene Medicare, no debería tener que 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, cualquier crédito tributario para la prima u otros ahorros que haya estado recibiendo en un plan del Mercado terminarán. **Si decide mantener su plan del Mercado, tendrá que pagar el precio completo por ello.**

Si tiene la edad de Medicare y decide mantener su plan del Mercado, entonces 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.

Preguntas

Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o si su cobertura cambia, llame 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 ayuda a:

- Recopilar y administrar información sobre otros tipos de seguro o cobertura que pueda tener
- Determinar si otra cobertura paga antes o después de Medicare
- Solicitar el reembolso cuando Medicare realiza un pago condicional y se determina que otro pagador es el principal

Cuando llame al Centro, tenga a la mano su número de Medicare de su tarjeta roja, blanca y azul. También es posible que le pidan información como:

- Su número de seguro social (SSN)
- Su dirección
- Si tiene Medicare Parte A (seguro de hospital) o Medicare Parte B (seguro médico) y cuándo comenzó su cobertura (en la esquina inferior derecha de su tarjeta de Medicare)

Aviso de Comunicaciones accesibles

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos, incluida información en formatos accesibles como braille, letra grande, archivos de datos o audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible, no se verá perjudicado por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que tendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida si hay un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

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

1. Llamarnos:

Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

Para el Mercado: 1-800-318-2596

TTY: 1-855-889-4325

2. Envíenos un correo electrónico: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Envíenos un fax: 1-844-530-3676

4. Enviar una carta a:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

ATTN: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

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 Medicare Advantage o en un plan de medicamentos de Medicare, comuníquese con su plan para solicitar su información 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 formas incluidas en este aviso si tiene alguna inquietud 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](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

2. Por teléfono:

Llame 1-800-368-1019.

Usuarios TTY pueden llamar 1-800-537-7697.

3. Por escrito: Envíe información sobre su queja a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Notas

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**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

Do you need a copy of this handbook in English?

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

TTY users can call 1-877-486-2048.



Medicare

La información contenida en este folleto describe el Programa Medicare en el momento en que se imprimió este folleto. Es posible que se produzcan cambios después de la impresión. Visite **es.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.

“Cómo funciona Medicare con otros seguros” no es un documento legal. La orientación legal oficial del Programa Medicare está contenida en los estatutos, reglamentos y resoluciones pertinentes.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.