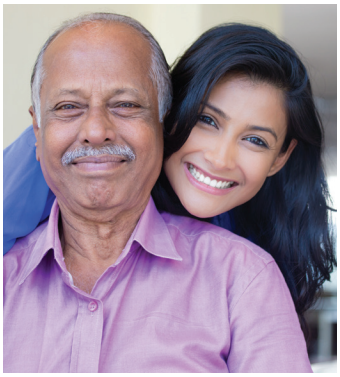
LA PUBLICACIÓN OFICIAL DEL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS

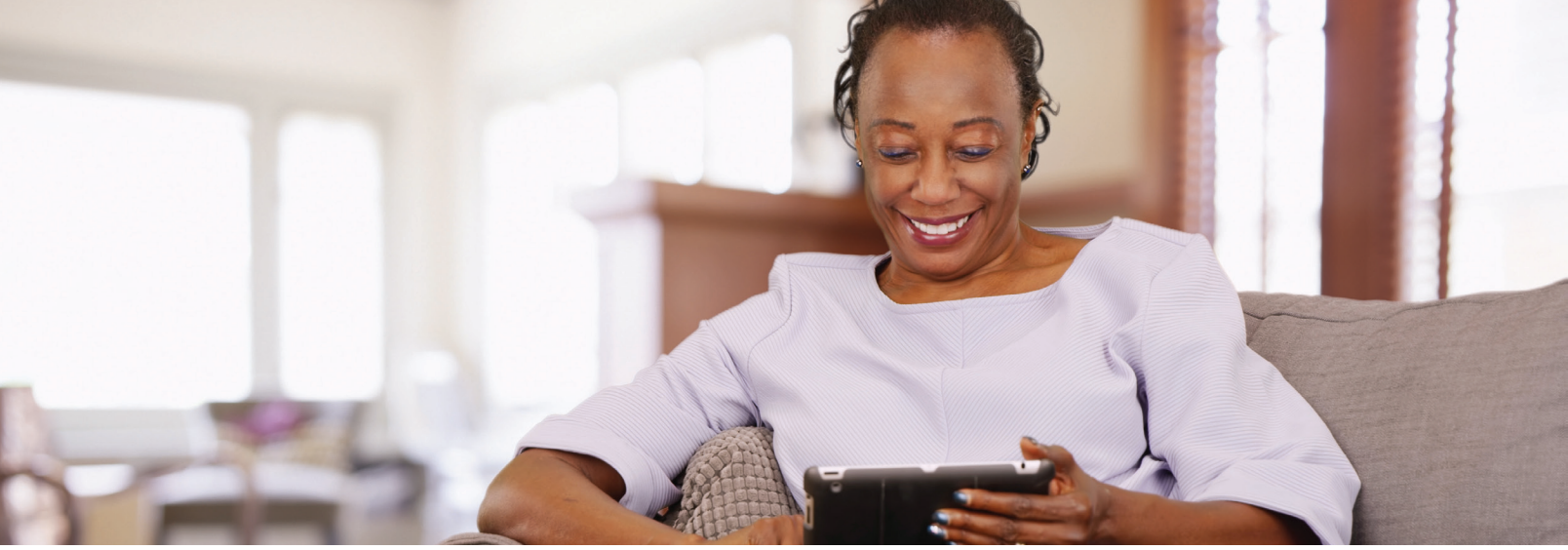
MEDICARE Y USTED



2020

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES · USA

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES



eMedicare

Estamos mejorando y modernizando la forma en que recibe la información de Medicare.
El objetivo es brindar una experiencia transparente para ayudarle a obtener la información que necesita para tomar buenas decisiones de atención médica. Estamos trabajando para actualizar los recursos de Medicare que ya conoce y en los que confía, y creando nuevos para que funcionen con la tecnología que utiliza todos los días.

Reciba una mejor ayuda con sus opciones de Medicare

Hemos hecho que sea más fácil encontrar una cobertura de salud y medicamentos adecuada para usted. Puede comparar maneras de obtener su cobertura de Medicare y explorar cómo los diferentes planes funcionan juntos. También puede revisar y comparar planes para encontrar aquellos que satisfagan sus necesidades. Visite **Medicare.gov/plan-compare**.

Averigüe qué está cubierto

La aplicación móvil "Qué está cubierto" ofrece información confiable sobre la cobertura de la Parte A y B (Medicare Original) directamente en su dispositivo móvil. Puede descargar la aplicación gratis en App Store y Google Play.

Vea los costos estimados de procedimientos ambulatorios

Compare los precios promedio nacionales para ciertos procedimientos realizados en los departamentos ambulatorios del hospital y centros quirúrgicos ambulatorios. Visite **Medicare.gov/procedure-price-lookup**.

Acceso más fácil a su información personal de Medicare

Hemos mejorado **MiMedicare.gov** para que sea más fácil encontrar lo que necesita. Agregamos nuevas funciones, como imprimir una copia oficial de su tarjeta de Medicare. También conectamos MiMedicare.gov al Botón Azul 2.0—una conexión de datos segura que le permite compartir su información de salud con un número creciente de aplicaciones móviles, aplicaciones de terceros, servicios relacionados con la salud y programas de investigación.

Pronto — Encuentre y compare fácilmente información de calidad

La información de calidad sobre los médicos, hospitales, asilos de ancianos, centros de diálisis y otros proveedores de la salud que participan en Medicare pronto estará disponible en un lugar fácil de usar. Compare calificaciones de calidad, información de costos y otros detalles para ayudarle a elegir lo mejor para usted. Llegando en 2020 a **Medicare.gov**.

Para mantenerse al tanto de las mejoras de eMedicare y otras noticias importantes de Medicare, regístrese para recibir actualizaciones por correo electrónico en **Medicare.gov**.

Contenido

Comencemos 4

¿Cuáles son las partes de Medicare? 5

Sus opciones de Medicare 6

Medicare Original vs. Medicare Advantage 7–8

Aproveche su cobertura de Medicare 9

Temas 10

Sección 1:
La inscripción en Medicare 15

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

Sección 3:
Explicación del Medicare Original 51

Sección 4:
Los planes Medicare Advantage (Parte C) y otras opciones 55

Sección 5:
Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) 69

Sección 6:
Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) 73

Sección 7:
Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y medicamentos recetados 83

Sección 8:
Conozca sus derechos y aprenda a protegerse del fraude 89

Sección 9:
Si desea más información 101

Sección 10:
Definiciones 113

Comencemos

Si es nuevo en Medicare:

- **Obtenga información sobre sus opciones de Medicare.** Hay 2 formas de obtener su cobertura de Medicare—consulte las siguientes páginas para más información.
- **Aprenda cómo y cuándo puede inscribirse.** Si no tiene la Parte A o B de Medicare, consulte la Sección 1, que comienza en la página 15. Si no tiene la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D), consulte la Sección 6, que comienza en la página 73. Puede haber una multa si no se inscribe cuando es elegible por primera vez.
- **Si tiene otro seguro médico**, consulte las páginas 20–21 para averiguar cómo su otro seguro funciona con Medicare.

Si ya tiene Medicare:

- **Usted no tiene que inscribirse en Medicare cada año.** Sin embargo, cada año tiene la oportunidad de **revisar su cobertura de salud y medicamentos y hacer cambios**.
- **¡Marque en su calendario estas fechas importantes!** En la mayoría de los casos será su única oportunidad para hacer cambios a su cobertura de salud y de medicamentos.

1 de enero de 2020	**Comienza la nueva cobertura si hizo un cambio.** Los nuevos costos y los cambios a la cobertura existente también entran en vigencia si su plan hizo cambios.
1 de enero al 31 de marzo de 2020	**Si está en un plan Medicare Advantage**, usted puede cambiar de plan o regresar al Medicare Original (e inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente) una vez durante esta época. Cambios entrarán en vigor el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud. Vea la página 65.
1 de octubre de 2020	**Compare su cobertura con las otras opciones.** Usted puede ahorrar dinero al comparar todas sus opciones. Visite **Medicare.gov/plan-compare**.
15 de octubre al 7 de diciembre de 2020	**Usted puede cambiar su cobertura de salud o de medicamentos para 2021, si así lo desea.** Esto incluye regresar al Medicare Original o inscribirse en un plan MA.

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

¿Cuáles son las partes de Medicare?

La Parte A (Seguro de Hospital)

La Parte A ayuda a pagar los servicios de:

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

Vea las páginas 25–28.

La Parte B (Seguro Médico)

La Parte B ayuda a pagar los servicios de:

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

Vea las páginas 29–49.

La Parte D (Cobertura de Recetas Médicas)

La Parte D ayuda con:

- Los costos de medicamentos recetados

Los planes de la Parte D son administrados por compañías de seguros privadas que siguen las normas establecidas por Medicare.

Vea las páginas 73–82.

Sus opciones de Medicare

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

Medicare Original

- El Medicare Original incluye la Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) de Medicare.
- Si desea cobertura de medicamentos, tendrá que inscribirse en un plan separado de la Parte D.
- También es posible que necesite comprar cobertura suplementaria para ayudar con los costos de su bolsillo en el Medicare Original (como su deducible y 20% del coseguro).

☑ **Parte A**

☑ **Parte B**

Puede agregar:

☐ **Parte D**

También puede agregar:

☐ **Cobertura suplementaria**

(Algunos ejemplos incluyen cobertura de un Seguro Suplementario (Medigap), o cobertura de un ex empleador o sindicato)

Vea la Sección 3, que comienza en la página 51 para aprender más sobre el Medicare Original.

Medicare Advantage (también conocido como la Parte C)

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

☑ **Parte A**

☑ **Parte B**

La mayoría de los planes incluyen:

☑ **Parte D**

☑ **Beneficios adicionales**

Algunos planes también incluyen:

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

Vea la Sección 4, que comienza en la página 55, para aprender más sobre Medicare Advantage.

RESUMEN

Medicare Original vs. Medicare Advantage

Su elección de médico y hospital

Medicare Original	Medicare Advantage
Usted puede consultar **con cualquier médico que acepte Medicare**.	Es posible que necesite usar los **médicos que participan en la red del plan**. Pregúntele a su médico si participa en algún plan Medicare Advantage.
En la mayoría de los casos **no se necesita** un referido para ver a un especialista.	Puede que **necesite** un referido para ver a un especialista

Costo

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

Cobertura

Medicare Original	Medicare Advantage
Medicare Original cubre los servicios médicamente necesarios y suministros en hospitales, consultorios médicos y otros entornos de atención médica.	Los planes deben cubrir todos los servicios que cubre el Medicare Original. **Los planes pueden ofrecer beneficios adicionales que Medicare Original no** cubre, como servicios para la visión, audición, dental y más.
Tendrá que inscribirse en un **Plan de Medicare para Recetas Médicas (Parte D)** para obtener cobertura de medicamentos.	**La cobertura de medicamentos recetados** está incluida en la mayoría de los planes.
En la mayoría de los casos, no necesita autorización previa para servicios o suministros.	En algunos casos, necesita consultar con el plan antes de obtener un servicio o suministro para averiguar si está cubierto por el plan.

Viaje

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

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

- **Medicare Original:** Vea la Sección 3 (que comienza en la página 51).
- **Medicare Advantage:** Vea la Sección 4 (que comienza en la página 55).
- **Cobertura de medicamentos recetados (Parte D):** Vea la Sección 6 (comienza en la página 73).

Busque a través de este manual las comparaciones entre Medicare Original y Medicare Advantage.

Aproveche su cobertura de Medicare

Para obtener ayuda seleccionando el plan adecuado para usted:

- Obtenga asesoramiento personalizado de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 109-112.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048.
- Visite el Buscador de Planes de Medicare en **Medicare.gov/plan-compare**.

Aproveche al máximo su cuidado médico

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

Obtenga ayuda gratuita con sus preguntas de Medicare

Para preguntas generales sobre Medicare, visite **Medicare.gov** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048. Consulte las páginas 101–104 para ver otros recursos disponibles.

Obtenga servicios preventivos

Pregúntele a su médico u otro proveedor de la salud qué servicios preventivos (como exámenes, vacunas y pruebas) debe recibir. Medicare cubre muchos de los servicios preventivos sin costo alguno para usted. Consulte las páginas 29–49 y busque la para más información.

Obtenga ayuda con los costos de cuidado médico

Averigüe si puede obtener ayuda con sus costos de salud y medicamentos recetados. Consulte la Sección 7, que comienza en la página 83, para ver si es elegible.

Evite el papel

Elija recibir manuales futuros electrónicamente y ayude al contribuyente a ahorrar. Dejará de recibir una copia impresa cada otoño. Visite **Medicare.gov/gopaperless**, o inicie sesión en su cuenta **MiMedicare.gov** para cambiar al manual electrónico. Vea la página 102 para más detalles.

Temas

A

Acupuntura 49
Andadores 37, 114
Aneurisma abdominal aórtico 30
Anteojos 38
Aparatos ortopédicos (cuello/piernas/brazos) 44
Apelación 57, 90–95, 102
Archivo Médico Electrónico (EHR) 105
Área de servicio 58, 66, 68, 73, 74, 113
Asignación 29, 53, 113
Asilo para ancianos (geriátrico) 26, 50–52, 64, 68, 87
Asistente médico 37, 42
Atención urgente 48
Audífonos 39, 49, 69
Autorización para divulgar información médica personal 101
Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN) 93–94
Aviso sobre la privacidad/confidencialidad 95–96
Ayuda Adicional (para pagar por la cobertura de sus recetas médicas) 73, 74, **83–87**, 113
Ayuda con los costos 83–92
Ayuda para dejar de fumar **46**

B

Beneficios para Veteranos (VA) 82, 108
Botón azul 97

C

Calidad de la atención 68, 108
Cantidad aprobada por Medicare 113
Cataratas 38
Centro de cirugía ambulatoria 31
Centro de Enfermería Especializada (SNF) 25–29, 40, 57, 70, 114
Centros Médicos Autorizados Federalmente 38, 46
Cirugía estética 49
Clínica de salud rural 44, 46
Cobertura catastrófica 77
Cobertura de las recetas médicas (Parte D)
- Apelaciones 91–92
- Cobertura de la Parte A 26–29
- Cobertura de la Parte B 43
- Generalidades 73–84
- Inscripción, cambio o cancelación 74–75
- Multa por inscripción tardía 77–79
- Planes Medicare Advantage 58

Cobertura válida de medicamentos 73, 74–75, 77–79, 80–82, 113
COBRA 18, **81**
Colonoscopia 35
Consejería para el abuso del alcohol 30
Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) 79, 98
Control de la terapia de medicamentos 80
Coordinación de beneficios 20–21, 107
Costos (copagos, coseguro, deducibles y primas)
- Ayuda Adicional para la Parte D 83–87
- Ayuda con los gastos de las Partes A y B 86–87
- Medicare Original 51–52
- Multa por inscripción tardía (Parte D) 77–78
- Parte A y Parte B 21–22, 26–55
- Planes Medicare Advantage 60–61
- Planes Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D) 91–92

Cuidado a largo plazo 49, 50, 114
Cuidado de custodia/compañía 25, 28, 50, 114
Cuidado de hospicio **25–27**, 56, 70, 92

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

Cuidado de hospital (internación) **27–28**
Cuidado de la salud en el hogar 26, 93, 114
Cuidado dental/dentaduras 49
Cuidado de relevo 27

D

Definiciones 113–116
Demostraciones 114
Densitometría ósea 32
Departamento de Asuntos de Veteranos 78, 82, 108
Departamento de Defensa 108
Depresión 31, **36**, 42
Derechos 89–100
Desfibrilador (automático implantado) 35
Determinación de cobertura (Parte D) 91–92
Diabetes 36–37, 38, 39, 64
Diálisis renal 16, 41, 46, 57, 59–61, 64, 102
Días de reserva vitalicios de por vida 27, 114
Discriminación 89, 100
Doblemente elegible 87

E

Electrocardiograma (EKG) 38, 47
Enema de bario 35
Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) 32
Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) **16**, 17–19, 39, 57–59, 64
Enfermera profesional/licenciada 37, 42
Equipo (médico) 27, 28, 35, 37–38, 41, 43, 44, 45, 52
Equipo Médico Duradero (como andadores) 37–38, 40, 43, 114
Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) 15
Estudios de investigación clínica 34
Evaluación cardiovascular 33
Evaluación de cáncer colorrectal 34
Evaluación de Riesgo para la Salud 49
Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual 45
Evaluación y consejería sobre la obesidad 42
Examen de equilibrio 39
Examen de glaucoma 39
Examen de la próstata (prueba de PSA) 44
Examen de los pies 38
Examen de los senos 33
Examen del VIH 40
Examen de sangre oculta en la materia fecal 35
Examen pélvico 33
Excepción (Parte D) 79, 80, 91
Exploración (examen) para cáncer de pulmón 41

F

Falta de cobertura 77–78
Formulario 75, 79, 91, 114
Formulario 1095-B 21
Formularios de impuestos 21
Fraude 89, **97–98**

I

Incapacidad **15–18**, 20, 86
Ingresos limitados **83–88**
Inscripción
- Parte A 15–18
- Parte B 15–21
- Parte C 57–58
- Parte D 74–76

Inscripción abierta 56, 66, 71, 90
Institución/centro 28, 64–65, 68, 74, 84, 87–88
Institución religiosa no médica para servicios de la salud 25, 28
Intermediario del beneficiario de Medicare 98
Internación en el hospital 27–28
Interrupción en la cobertura 77–78, 84, 114

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

J

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) 15–16, 19, 52, 76, 108

L

Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) 18–19, 81
Localizador Eldercare 33, 50

M

Manual electrónico 101, 103
Medicaid 50, 64, 66, 74, 84–87
Medicamentos (para paciente ambulatorio) 43
Medicare
- Parte A 15–17, 25–29
- Parte B 15–19, 29–54
- Parte C 55–68
- Parte D 73–84

Medicare.gov 102
Medicare Original 25, 29, 51–54
Médico de cabecera 30, 32, 51, 61–64, 111
Mercado de Seguros Médicos 18–19
Miembros artificiales 44
MiMedicare.gov 53, 97, 103
Multa (por inscripción tardía)
- Parte A 21
- Parte B 22
- Parte D 77–78

N

Niveles (clasificación del formulario) 75, **79**, 91

O

Oficina de Gerencia de Personal 23, 81, 108
Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) 68, 87–89
Opciones de pago (prima) 23–24, 76–77
Organizaciones Responsables de la Atención Médica (ACO) 106
Organización para Mejoras de la Calidad 92, **108**
Oxígeno 37

P

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos) 68, 88, 111
Penalidad por inscripción tardía
- Parte A 21
- Parte D 77–79

Período de beneficio 27, 115
Período Especial de Inscripción
- Parte C (Medicare Advantage) 66–68
- Parte D (Planes de recetas médicas) 74–75
- Partes A y B 17–18

Período General de Inscripción 18, 22, 65, 74
Período Inicial de Inscripción 17, 22, 65, 74
Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) 73
Plan de salud grupal (Empleador)
- Cobertura de las recetas médicas 74, 77, 81
- Inscripción abierta para Medigap **71**
- La inscripción en las Partes A y B 17–18
- Los precios de la Parte A podrían ser distintos 26
- Planes Medicare Advantage (Parte C) 58, 59

Planes de Medicare y Medicaid integrados 87
Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, en inglés) 60

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

Planes Medicare Advantage
Calificaciones del plan 61–62, 66
Costos 60
Generalidades 55
Inscripción, cambio o cancelación 65–67
Planes locales 113–114
Planes Medicare de Medicamentos
Recetados 91–92
Costos 76–80
Inscripción 74–75
Lo que está cubierto 78–79
Tipo de planes 73–74
Planes para Necesidades Especiales (SNP) 59, **64**
Planificación de instrucciones anticipadas 30
Plan Medicare de Costo 67, 73, 115
Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)
Cobertura de Medicamentos 81
Inscripción Abierta 71
Medicare Original **51**
Planes Medicare Advantage 72
Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) 88–89
Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) 102, **109–112**
Programas Medicare de Ahorros 86–87
Programas piloto 68, 87, 116
Prótesis 44
Prueba de detección de hepatitis C 40
Prueba de Papanicolaou 33
Publicaciones 107

Q

Quimioterapia 33, 57

R

Rayos X 28, 43, 47
Recetas electrónicas 105
Reclamaciones 52, 97, 103-104
Reemplazo de la tarjeta de Medicare 107
Referido
Definición 116
Medicare Original 51
Planes Medicare Advantage 56, 61–64
Servicios cubiertos por la Parte B 30, 36, 38, 44, 46, 48
Rehabilitación cardiaca 32
Rehabilitación pulmonar 45
Resumen de Medicare (MSN) **52–53**, 91, 97, 103
Robo de identidad 97

S

Sala de emergencia 38
Salud mental 27, 42
Sangre 26, 31
Segunda opinión sobre una cirugía 45
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 84, 88
Seguro Médico para Empleados Federales 82, 108
Seguro médico para jubilados **18–21**, 81
Seguro Social
Ayuda Adicional con los costos de la Parte D 85
La inscripción en las Partes A y B 15–16
Las primas de las Partes A y B 21–24
Las primas Parte D 76–77
Obtenga respuestas 107
Seguridad de Ingreso Suplementario 88
Servicio de Salud para Indígenas 78, 82
Servicios ambulatorios del hospital 27–28, 43
Servicios cubiertos (Partes A y B) 25–55
Servicios de Administración de Cuidado de Transición 46
Servicios de ambulancia 31, 48
Servicios de educación sobre la enfermedad renal **41**
Servicios de integración de salud conductual 31
Servicios de laboratorio 41
Servicios médicos rurales 45
Servicios de patología del lenguaje 40, 45

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

Servicios de trasplante 32, 41, **47**, 59
Servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opioides **42**
Servicios preventivos 30–50, 116
Servicios que no brinda el médico 37
Servicios quiroprácticos 33
Sigmoidoscopía flexible 35
Silla de ruedas 37
Sindicato
- Inscripción abierta para Medigap 71
- Inscripción en las Partes A y B 18
- La cobertura de las recetas médicas 74, 81
- Los costos de la Parte A pueden variar 26
- Planes Medicare Advantage 58

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) 73, 83–87,
Suministros médicos (insumos) 27, 37–38, 40–41, 44

T

Telemedicina (Telesalud) 46
Terapia de nutrición 41
Terapia física 40, 43
Terapia ocupacional 40, 42
Trasplante renal/de riñón 16, 41, **47–48**, 59–60
TRICARE 18, 78, 82, 108

V

Vacuna 38, 39, 43, **45**, 48
Vacuna contra la gripe/influenza 38
Vacuna contra la Hepatitis B 39
Vacuna neumocócica 43
Vacunas/inmunizaciones 38, 39, 43
Vendajes quirúrgicos 46
Viaje al extranjero 48, 69, 70
Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” 48
Vista 38, 49, 56

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

SECCIÓN 1

La inscripción en Medicare

Algunas personas obtienen las Partes A y B automáticamente

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

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

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

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

Si lo inscriben automáticamente, le enviarán su tarjeta de Medicare (la tarjeta roja, blanca y azul) por correo, 3 meses antes de cumplir 65 años o en el mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. Si se la queda, significa que se queda con la Parte B y tendrá que pagar las primas. Puede optar por no mantener la Parte B, pero tendrá que esperar para inscribirse y pagar una multa por inscripción tardía. Vea la página 22.

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

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

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

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

¡Importante!

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

¿Dónde puedo obtener más información?

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

También puede obtener asesoría personalizada gratis del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). El teléfono aparece en las páginas 109–112.

No importa cómo se inscriba en Medicare, tendrá que decidir cómo obtener su cobertura de Medicare. Vea las páginas 5-9 para más información.

Si no me inscriben automáticamente, ¿cuándo puedo inscribirme?

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

¡Importante! **Recuerde, en la mayoría de los casos, si no lo hace cuando es elegible para Medicare por primera vez, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía. Vea la página 22.**

Período Inicial de Inscripción

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

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

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

Período Especial de Inscripción

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

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

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

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

¡Importante!

La cobertura de COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria), o de un plan médico para jubilados o individual (como un plan a través del Mercado de Seguros Médicos), no se considera cobertura médica basada en su empleo actual. Por lo tanto, no será elegible para un Período Especial de Inscripción cuando dicha cobertura termine. Para evitar el pago de una prima más cara, asegúrese de inscribirse en Medicare cuando sea elegible por primera vez. Para obtener más información sobre COBRA, vea la página 81.

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

Período General de Inscripción

Si no se inscribió en la Parte A (si tiene que comprarla) y/o B (por la que debe pagar una prima) durante el Período Inicial de Inscripción, y no califica para un Período Especial de Inscripción, podrá hacerlo del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. **Su cobertura comenzará el 1 de julio. Usted podría pagar una prima más elevada para la Parte A y/o B si se inscribe más tarde porque le cobrarán una multa por inscripción tardía.** Vea las páginas 16–18.

¿Debo comprar la Parte B?

La información siguiente le ayudará a decidir.

Cobertura de Empleador o Sindicato: Si usted o su cónyuge (o un familiar si tiene una incapacidad) **está trabajando** y usted tiene cobertura médica a través del empleador, incluido el seguro médico para empleados federales, el seguro para militares activos o de un sindicato, comuníquese con el administrador de beneficios para averiguar cómo trabaja dicho seguro con Medicare. Tal vez le convenga esperar para inscribirse en la Parte B.

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

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

TRICARE: Si tiene TRICARE (cobertura médica para militares activos y retirados incluyendo sus familias), **deberá obtener las Partes A y B cuando es elegible por primera vez**, **para quedarse con la cobertura de TRICARE.** Sin embargo, si es un miembro en servicio o el cónyuge o niño dependiente de un miembro activo, no tiene que estar inscrito en la Parte B para quedarse con la cobertura de TRICARE. Vea la página 82.

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

Medicaid: Si tiene Medicaid, debe inscribirse en la Parte B. Medicare pagará primero y Medicaid pagará después. Medicaid puede ayudarle a pagar los costos de su bolsillo de Medicare (como primas, deducibles, coseguros y copagos).

Mercado de Seguros Médicos: Si tiene cobertura mediante un plan del Mercado, es posible que desee cancelar esta cobertura e inscribirse en Medicare durante su Período Inicial de Inscripción para evitar el riesgo de un retraso en la cobertura de Medicare y la posibilidad de pagar una multa por inscripción tardía en Medicare. Es importante cancelar su cobertura del Mercado a tiempo para evitar un recubrimiento de cobertura. Una vez que tenga la Parte A, usted no califica para la ayuda con los costos de primas y otros gastos médicos de su plan del Mercado. Si continúa recibiendo ayuda con su plan del Mercado después de inscribirse en Medicare, tendrá que pagar la ayuda que recibió cuando presente su declaración de impuestos. Visite **CuidadoDeSalud.gov** para comunicarse con el Mercado de su estado y obtener más información y averiguar cómo cancelar su plan del Mercado cuando comience su inscripción en Medicare. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596, TTY 1-855-889-4325.

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

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

Una Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare Advantage (MSA) podría ser una opción si desea continuar obteniendo beneficios de salud a través de una estructura como el HSA. Vea la página 55 para más información.

¿Cómo trabaja mi otro seguro con Medicare?

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

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

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

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

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

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

¡Importante! Si tiene la Parte A, es posible que reciba el formulario del IRS Cobertura de Salud (Formulario 1095-B) de Medicare a principios de 2020. Este formulario verifica su cobertura médica en 2019. Mantenga el formulario para sus archivos. No todos recibirán este formulario. Si no recibe el Formulario 1095-B, no se preocupe, no lo necesita para declarar impuestos.

¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte A?

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

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

Las personas que tienen que comprar la Parte A pagarán hasta $458 por mes en el 2020.

Las cantidades de la prima para la Parte A de Medicare **2020** no estaban disponibles en el momento de impresión. Para obtener información actualizada, visite **Medicare.gov** este otoño.

Multa por inscripción tardía en la Parte A

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

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

¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?

En 2020, la cantidad estándar de la prima mensual para la Parte B es $144.60. La mayoría de las personas pagarán la cantidad de la prima estándar para la Parte B.

Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS, de hace 2 años está por encima de una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y un ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Visite **Medicare.gov/your-medicare-costs/part-b-costs**, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Nota: También pagará una cantidad adicional por su prima de la Parte D (si aplica). Vea la página 76.

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

Multa por inscripción tardía en la Parte B

¡Importante!

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

Por ejemplo: El Período Inicial de Inscripción del Sr. Torres terminó en diciembre de 2016. El Sr. Torres esperó para inscribirse en la Parte B hasta el Período General de Inscripción en marzo del 2019. Su cobertura comienza el 1 de julio de 2019. La multa de la prima de la Parte B es de 20%. (Si bien el Sr. Torres esperó un total de 27 meses antes de inscribirse, solamente se tienen en cuenta 2 períodos completos de 12 meses). Tendrá que pagar dicha multa por todo el tiempo que tenga la Parte B.

Para saber cómo obtener ayuda con los costos de Medicare, consulte la Sección 7, que comienza en la página 83.

¿Cómo puedo pagar la prima de la Parte B?

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

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

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

1. **Pague con cheque o giro postal.** Escriba su número de Medicare en su pago y envíelo por correo con su cupón de pago a:

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

2. **Puede pagar con una tarjeta de crédito/débito.** Para hacerlo, llene la parte inferior del cupón de pago de su cuenta para el Pago de Prima de Medicare y mándelo a la dirección indicada arriba. Los pagos enviados sin la parte inferior del cupón de pago no serán procesados.

3. **Puede inscribirse en el servicio Pago fácil (Easy pay),** un servicio gratuito que deduce automáticamente la cantidad de la prima de su cuenta corriente o de ahorro. Para obtener más información visite **Medicare.gov** y busque "Pago Fácil" o llame al 1-800-MEDICARE.

4. **Utilice el servicio de pago de facturas en línea de su institución financiera.** Esta es la forma más segura y rápida de hacer su pago usando una cuenta corriente o de ahorro. Pregúntele a su institución financiera si le permite a los clientes pagar sus facturas en línea. No todas las instituciones financieras ofrecen este servicio y algunas podrían cobrarle por el servicio. Tendrá que darle al establecimiento esta información:

   - **Número de cuenta:** Este es su número de Medicare. Es importante que use el número exacto sin guiones que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.
   - **Nombre del Facturador:** CMS Medicare Insurance
   - **Dirección de Pago:**
     Medicare Premium Collection Center
     P.O. Box 790355
     St. Louis, MO 63179-0355

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

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

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

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

¡Importante! Si necesita ayuda para pagar su prima de la Parte B, vea las páginas 86–88.

SECCIÓN 2

Averigüe si Medicare paga por su examen, servicio o artículo

¿Cuáles son los servicios que cubre Medicare?

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

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

¿Qué cubre la Parte A?

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

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

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

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

Nota: La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 113–116.

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

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

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage o si tiene otro seguro (como una póliza Medigap [seguro suplementario a Medicare] o un plan grupal de un empleador o sindicato), sus copagos, coseguro o deducibles podrían variar. Hable con el plan en el que está interesado y pregunte sobre los costos o use el Localizador de planes Medicare en **Medicare.gov/plan-compare**. O, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Los servicios cubiertos por la Parte A

Sangre

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

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

Sus beneficios de atención domiciliaria están cubiertos bajo la Parte A y/o Parte B. Vea la página 41 para más información sobre los servicios del cuidado de la salud en el hogar.

Cuidado de hospicio

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

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

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

El cuidado de hospicio no incluye alojamiento y comida, a menos que el equipo médico determine que usted necesita una estadía corta en un hospital para aliviar el dolor y los síntomas que no puedan tratarse en el hogar. La estadía debe ser en un centro aprobado por Medicare como un hospicio, centro de enfermería especializada u hospital que tenga un contrato con el hospicio. Medicare cubre el cuidado de relevo para los pacientes internados, que es el cuidado que se le brinda a un paciente de hospicio, para que descanse el cuidador de costumbre. Usted puede quedarse en un centro aprobado por Medicare hasta 5 días cada vez que reciba cuidado de relevo. Medicare pagará por los servicios cubiertos que no estén relacionados con su enfermedad terminal. Después de 6 meses, usted puede seguir recibiendo cuidado de hospicio mientras que (en una reunión en persona) el director médico o el médico del hospicio sigan certificando que padece de una enfermedad terminal.

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

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

Estadía en el hospital (internación)

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

- Usted paga un deducible de $1,408 y no le cobrarán un coseguro por una estadía de 1–60 días por cada período de beneficio.
- De 61–90 días le cobrarán un coseguro de $352 por día por cada período de beneficio.
- Usted tiene que pagar un coseguro por los “días de reserva vitalicios” después de los 90 días por cada período de beneficio (hasta 60 días de por vida).
- Después de los días de reserva vitalicios, usted paga todos los costos diarios.
- Los servicios de salud mental que recibe en un hospital psiquiátrico se limitan a un período de 190 días durante toda su vida.

¿Es usted un paciente internado o ambulatorio?

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

Un Aviso para Pacientes Ambulatorios de Medicare sobre servicios de Observación (MOON, en inglés) le permite saber si es un paciente ambulatorio en un hospital u hospital de acceso crítico. Usted debe recibir este aviso si está recibiendo servicios ambulatorios de observación por más de 24 horas. El aviso le informará por qué es un paciente ambulatorio que recibe servicios de observación, en lugar de un paciente internado, y cómo apelar la determinación si no está de acuerdo. También le informará cómo esto puede afectar lo que paga mientras está en el hospital, y por el cuidado que recibe después de salir del hospital.

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

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

Cuidado en un centro de enfermería especializada

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

Para obtener atención en un centro, su médico debe indicar que necesita servicios diarios de enfermería especializada (como la aplicación de inyecciones intravenosas o terapia física) que sólo puede proporcionarse en un centro de enfermería especializada. Medicare no cubre el cuidado a largo plazo (vea la página 50) ni el cuidado de custodia.

Usted paga:

- Nada por los primeros 20 días de cada período de beneficio
- De 21–100 días paga un coseguro de $176 por cada período de beneficio
- Después de los 100 días usted paga todos los costos en cada período de beneficio

Si su médico está participando en una Organización de Cuidado Responsable (ACO) (u otra iniciativa de Medicare) aprobada para una exención de la norma de 3 días en un centro de enfermería especializada, es posible que no necesite una internación de 3 días en un hospital antes de obtener la cobertura en un centro de enfermería especializada. Vea la página 106.

¿Qué cubre la Parte B?

La Parte B (seguro médico) ayuda a pagar los servicios del médico, el cuidado para pacientes ambulatorios, el cuidado de la salud en el hogar, el equipo médico duradero, servicios de salud mental y otros servicios necesarios por razones médicas. La Parte B también cubre muchos servicios preventivos. Para averiguar si tiene la Parte B, fíjese en su tarjeta de Medicare. Si la tiene, aparecerá como "MÉDICO" y tendrá una fecha de vigencia. Las páginas 30–49 incluyen una lista de los servicios comúnmente cubiertos por la Parte B y una descripción general de los mismos. Medicare puede cubrir algunos servicios y exámenes con más frecuencia de lo estipulado si se necesitan para diagnosticar algún problema médico. Para averiguar si Medicare cubre un servicio que no aparece en la lista visite **Medicare.gov/coverage**, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048.

Puede obtener información sobre la Parte B de Medicare directamente en su dispositivo móvil. Descargue la aplicación móvil "Qué está cubierto" de forma gratuita en App Store o Google Play.

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

La lista en las páginas siguientes le brinda información general sobre lo que tiene que pagar en el Medicare Original si recibe los servicios de proveedores de la salud que aceptan la asignación. Vea la página 53. Usted pagará más si sus médicos no aceptan la asignación. **Si está inscrito en un plan de salud de Medicare o si tiene otro seguro médico (como una póliza de Medigap, Medicaid o cobertura de un empleador o sindicato), sus gastos podrían ser diferentes.**

En el Medicare Original, si se aplica el deducible de la Parte B ($198 en 2020), usted tendrá que pagar todos los costos (de la cantidad aprobada por Medicare) hasta que haya cubierto la cantidad del deducible anual. Visite **Medicare.gov** a fines de este otoño para averiguar cuánto será el deducible de la Parte B de 2020. Después, Medicare comenzará a pagar la porción que le corresponde y usted pagará generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para dicho servicio, si su médico acepta la asignación. **No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo.**

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

Vea la página 60 para averiguar qué afecta sus costos del plan Medicare Advantage.

Los planes Medicare Advantage tienen un límite anual en los costos directos de su bolsillo para servicios médicos. Vea la página 57.

Los servicios cubiertos por la Parte B

Usted verá esta manzanita al lado de los servicios preventivos mencionados en las páginas 30–49.

Examen de aneurisma abdominal aórtico

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

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

Planificación de instrucciones anticipadas

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

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

Visite el Localizador Eldercare de la Administración para Envejecimiento en **eldercare.acl.gov** para encontrar ayuda en su comunidad.

Consejería sobre el abuso del alcohol

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

Servicio de ambulancia

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

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

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

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

Centros de cirugía ambulatoria

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

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

Servicios de integración de salud conductual

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

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

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

Sangre

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

Densitometría ósea (medición de la masa ósea)

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

Detección de cáncer de mama (mamografía)

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

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

Rehabilitación cardíaca

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

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

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

Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)

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

Evaluaciones cardiovasculares

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

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

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

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

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

Quimioterapia

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

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

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

Servicios quiroprácticos (limitados)

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

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

Servicios de Administración para el Cuidado de Enfermedades Crónicas

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

Estudios clínicos

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

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

Examen para la detección de cáncer colorrectal

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

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

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

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

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

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

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

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

Desfibrilador (automático implantable)

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

Evaluación de depresión

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

Evaluación de diabetes

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

Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes

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

En estas sesiones, recibirá:

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

Una vez que complete las sesiones principales, recibirá:

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

Para ser elegible, usted debe tener:

- Medicare Parte B (o un Plan Medicare Advantage)
- Un resultado de prueba de hemoglobina A1c entre 5.7 y 6.4%, en ayuno
- glucosa plasmática de 110-125 mg / dL, o una glucosa plasmática de 2 horas 140-199 mg / dL (prueba de tolerancia a la glucosa oral) dentro de los 12 meses después de asistir a la primera sesión central
- Un índice de masa corporal (IMC) de 25 o más (IMC de 23 o más, si es asiático)
- Nunca ha sido diagnosticado con diabetes tipo 1 o tipo 2 o en etapa final Enfermedad Renal (ESRD)
- Nunca participó en el Programa de Prevención de Diabetes de Medicare Usted no paga por estos servicios si es elegible.

Para encontrar un proveedor del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare, visite **Medicare.gov/contacts**.

Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes

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

Equipos y suministros para la diabetes y calzado terapéutico

Medicare cubre los monitores de glucosa, tiras para las pruebas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, solución para el control de glucosa y bombas de infusión y accesorios relacionados. Medicare también cubre los zapatos terapéuticos (zapatos moldeados a medida o con mayor profundidad) y los insertos para estos zapatos. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

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

Servicios del médico y de otros proveedores de la salud

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

Equipo Médico Duradero (DME)

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

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

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

EKG/ECG de evaluación (electrocardiograma)

Medicare cubre un EKG de evaluación una sola vez si usted tiene una orden de su médico emitida como resultado de la visita médica preventiva única "Bienvenido a Medicare". Vea la página 48. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. También cubre un EKG como examen de diagnóstico. Vea la página 47. Si le hacen el EKG en un hospital o en una clínica del hospital, también tendrá que pagar el copago del hospital.

Servicios de la sala de emergencia

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

Anteojos después de la cirugía de cataratas

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

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

Servicios médicos de un centro autorizado federalmente

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

Vacuna contra la gripe/influenza

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

Examen de los pies y tratamiento

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

Examen de glaucoma

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

Exámenes del oído y del equilibrio

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

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

Vacuna contra la hepatitis B

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

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

Medicare cubre las pruebas para la detección de HBV si cumple con una de estas condiciones:

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

Medicare cubrirá las pruebas de infección por el HBV si son ordenadas por un proveedor de atención primaria.

Las pruebas de infección por HBV están cubiertas:

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

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

Prueba de detección de hepatitis C

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

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

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

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

Examen del VIH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicios e insumos para diálisis renal

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

Servicios educativos sobre la insuficiencia renal

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

Servicios de laboratorio

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

Exploración (examen) para cáncer de pulmón

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

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

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

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

Terapia de nutrición

Medicare cubre los servicios de terapia de nutrición médica (MNT, en inglés) si tiene diabetes o insuficiencia renal, o si ha recibido un trasplante de riñón en los últimos 36 meses, y su médico los ordena. Los servicios de MNT son proporcionados sólo por Dietistas Registrados (RD) o profesionales de nutrición que cumplen con ciertos requisitos. No paga nada por estos servicios preventivos porque no se aplica el deducible ni el coseguro y los RD y profesionales de la nutrición deben aceptar la asignación.

Servicios para la salud mental (ambulatorios)

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

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

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

Evaluación y consejería sobre la obesidad

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

Terapia ocupacional

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

Servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides

Medicare cubre los servicios de tratamiento del trastorno por uso de opioides proporcionados por los programas de tratamiento con opioides. Los servicios incluyen medicamentos, asesoramiento, pruebas de drogas y terapia individual y grupal. Los servicios de asesoramiento y terapia están cubiertos en persona y virtualmente (utilizando tecnología de comunicación de audio/video bidireccional). Bajo el Medicare Original, no paga por estos servicios si los obtiene de un proveedor de tratamiento de opioides que está inscrito en Medicare. Hable con su médico u otro proveedor para más información sobre estos servicios.

Servicios ambulatorios del hospital

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

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

Servicios ambulatorios médicos, quirúrgicos e insumos

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

Terapia física

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

Vacunas neumocócica

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

Medicamentos recetados (limitados)

Medicare cubre un número limitado de medicamentos, como las inyecciones que le aplican en el consultorio médico, ciertos medicamentos orales para el cáncer y los que se usan con cierto equipo médico duradero (como nebulizadores o bombas de infusión externas), medicamentos inmunosupresores (vea la página 47); y en muy pocas circunstancias, algunos medicamentos que recibe como paciente ambulatorio en el hospital. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los medicamentos cubiertos y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.

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

Para otros ejemplos que no sean los mencionados anteriormente, usted paga el 100% de la mayoría de los medicamentos, a menos que tenga la Parte D u otra cobertura de medicamentos. Si desea más información, vea las páginas 73–82.

Examen de la próstata

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

Prótesis y aparatos ortopédicos

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

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

Rehabilitación pulmonar

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

Servicios médicos rurales

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

Segunda opinión sobre una cirugía

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

Evaluación y consejería sobre infecciones de transmisión sexual

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

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

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

Vacunas

La Parte B cubre:

- La vacuna contra la gripe. Página 38.
- La vacuna contra la Hepatitis B. Página 39.
- La vacuna neumocócica. Página 43.

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

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

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

Servicios de patología del lenguaje/habla

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

Vendajes quirúrgicos

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

Telemedicina (Telesalud)

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

Medicare ha hecho estos cambios a la telesalud en 2019:

- Puede obtener ciertos servicios de telesalud en centros de diálisis renal y en el hogar.
- Puede obtener servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo, sin importar dónde se encuentre.
- Si tiene un abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, puede recibir servicios de telesalud desde su hogar.

Para la mayoría de los servicios, usted paga la misma cantidad al igual que si recibiera los servicios en persona.

A partir del 2020, los planes Medicare Advantage pueden ofrecer más beneficios de telesalud que el Medicare Original. Estos beneficios estarán disponibles sin importar dónde se encuentre, y puede usarlos en su hogar en lugar de ir a un centro médico. Consulte con su plan sobre los beneficios disponibles.

Exámenes (que no sean los análisis de laboratorio)

Medicare cubre los rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans), Electrocardiograma (EKG) y otros exámenes de diagnóstico. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Si le hacen estos exámenes como paciente ambulatorio en un hospital, usted paga el copago que puede ser más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare, pero no más que la cantidad del deducible de la Parte A para los servicios de internación. Vea "Servicios de laboratorio" en la página 41 para más información sobre los otros análisis cubiertos por la Parte B.

Servicios de Administración de Cuidado de Transición

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

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

Trasplantes y medicamentos inmunosupresores

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

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

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

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

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

Medicare paga el costo total del cuidado de su donante de riñón. Usted y su donante no tendrán que pagar un deducible, coseguro ni otro costo por la estadía en el hospital.

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

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

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

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

Atención (cuidado) urgente

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

Visita médica preventiva “Bienvenido a Medicare”

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

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

Examen anual de "Bienestar"

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

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

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

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

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

Lo que NO cubren las Partes A y B

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

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

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

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

El pago del cuidado a largo plazo

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

Recursos para el cuidado a largo plazo

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

- Visite **longtermcare.gov** para averiguar sobre la planificación del cuidado a largo plazo.
- Llame al Departamento Estatal de Seguro para obtener información sobre el seguro de cuidado a largo plazo. Visite **Medicare.gov/contacts** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Obtenga una copia de "Una Guía para los Compradores de Seguros de Cuidado a Largo Plazo" de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros en **naic.org/documents/prod_serv_consumer_ltc_lp.pdf**.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 109–112.
- Visite el Localizador Eldercare de la Administración para Envejecimiento en **eldercare.acl.gov** para encontrar ayuda en su comunidad.

Los Planes para Necesidades Especiales (SNP) son un tipo de plan Medicare Advantage que puede cubrir el cuidado a largo plazo si tiene Medicare y Medicaid. Vea la página 64 para más información sobre los SNP. Además, algunos planes Medicare Advantage pueden cubrir ciertos beneficios adicionales, como los servicios de cuidado diurno para adultos. Vea la página 56.

SECCIÓN 3

Explicación del Medicare Original

¿Cómo funciona el Medicare Original?

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

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

Medicare Original

¿Puedo atenderme con cualquier médico, proveedor u hospital?	En la mayoría de los casos sí. Usted puede escoger cualquier médico, hospital, proveedor o clínica que participe en Medicare y que acepte nuevos pacientes con Medicare. Visite **Medicare.gov** para encontrar y comparar proveedores, hospitales y clínicas en su área.
¿Cubre las recetas médicas?	Con unas pocas excepciones (vea las páginas 26–27, 41 y 43), la mayoría de los medicamentos no están cubiertos. Usted puede agregar esta cobertura inscribiéndose en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D). Vea las páginas 73–82.
¿Debo escoger un médico de cabecera?	No.
¿Necesito un referido para consultar un especialista?	En la mayoría de los casos no, pero el proveedor tiene que estar inscrito en Medicare.
¿Necesito una póliza suplementaria?	Es posible que usted ya tenga un seguro de su empleador o sindicato que pague por lo que el Medicare Original no cubre. Si no es su caso, tal vez le convenga comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare). Vea las páginas 69–72.

Nota: La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 113–116.

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

¿Cuánto me corresponde pagar?

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

- Si tiene las Partes A y/o B de Medicare. La mayoría de los beneficiarios tienen las dos.
- Si su médico o proveedor acepta la "asignación."
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si recibe servicios o suministros que Medicare no cubre, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios a menos que tenga otro seguro.
- Si su otro seguro trabaja con Medicare.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda estatal para pagar por los costos de Medicare.
- Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare).
- Si usted y su médico u otro proveedor de la salud firman un contrato privado. Vea la página 54.

¿Cómo puedo saber cuánto paga Medicare?

Si está inscrito en el Medicare Original, recibirá por correo un "Resumen de Medicare" (MSN, en inglés) cada 3 meses, con un detalle de los servicios facturados a Medicare. Lo que usted debe pagarle al proveedor y lo que pagó Medicare. El MSN no es una factura. Revise su MSN para asegurarse de haber recibido todos los servicios, suministros o equipos mencionados. Si no está de acuerdo con la decisión de Medicare de no pagar (cubrir) un servicio, el MSN le informará cómo apelar. Consulte la página 91 para más información sobre cómo presentar una apelación.

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

Su MSN le informará si está inscrito en el Programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, en inglés). Si está en el programa QMB, los proveedores de Medicare no pueden cobrarle por los deducibles, coseguro o copagos de la Parte A y/o Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre QMB y los pasos a seguir si se le factura por estos costos, consulte la página 86.

¡Importante!

Obtenga su Resumen de Medicare electrónicamente

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

Un número mayor de aplicaciones de computadoras y móviles están conectadas a Medicare a través del Botón Azul 2.0. Si acepta compartir su información con una de estas aplicaciones, recibirá detalles de las reclamaciones que Medicare ha pagado en su nombre. Vea la página 103 para más información.

¿Qué es la asignación?

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

Si su médico o proveedor acepta la asignación:

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

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

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

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

¿Qué son los contratos privados?

Ciertos médicos y otros proveedores de la salud que no desean inscribirse en el programa de Medicare pueden "optar por no" participar en Medicare. Todavía puede ver a estos proveedores, pero deben tener un contrato privado con usted (a menos que necesite cuidado urgente o de emergencia). Con un contrato privado, usted y el proveedor no participante en Medicare tienen la flexibilidad de establecer sus propios términos de pago. **Usted es responsable por el costo total.** Visite data.cms.gov/opt-out-affidavits para encontrar un proveedor de "exclusión voluntaria". Puede buscar un proveedor por su Identificador de Proveedor Nacional (NPI, en inglés) o por su nombre y apellido.

Para averiguar si un médico o proveedor acepta la asignación o participa en Medicare, vaya a Medicare.gov/physician o Medicare.gov/supplier. O llame al 1-800-MEDICARE. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda gratuita con estos temas. Vea las páginas 109–112 para obtener el número de teléfono.

SECCIÓN 4

Los planes Medicare Advantage (MA) y otras opciones

¿Qué son los planes Medicare Advantage?

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

Hay varios tipos de planes Medicare Advantage (MA)

- **Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO):** Vea la página 61.
- **Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO):** Vea la página 62.
- **Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS):** Vea la página 63.
- **Planes para Necesidades Especiales (SNP):** Vea la página 64.
- **Planes HMO con Opción de Punto de Servicio (HMOPOS):** Un plan HMO que podría permitirle recibir servicios fuera de la red pagando un copago o coseguro más alto.
- **Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA):** Un plan que combina un plan de deducible alto con una cuenta bancaria. Medicare deposita dinero en la cuenta (generalmente menos que la cantidad del deducible) y usted lo usa para pagar por los servicios médicos que recibe durante el año. Los planes MSA no ofrecen cobertura de medicamentos. Si desea ese tipo de cobertura, debe inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Para más información, visite **Medicare.gov**. Para averiguar si un plan MSA está disponible en su área. O, visite Medicare.gov/plan-compare.

Nota: La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 113–116.

Los Planes Medicare Advantage cubren todos los servicios de Medicare

Todos los tipos de planes le dan cobertura durante las emergencias o necesidad de atención urgente. Los planes MA deben cubrir todos los servicios que cubre el Medicare Original. Sin embargo, si está en un plan Medicare Advantage, el Medicare Original cubre el cuidado de hospicio, algunos nuevos beneficios de Medicare y algunos costos de los ensayos clínicos.

¡Importante!

Los planes pueden ofrecer beneficios adicionales

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

Los Planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare

Medicare paga a las compañías que ofrecen estos planes una cantidad fija cada mes. Los planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare. Sin embargo, cada plan MA puede tener gastos del bolsillo diferentes, así como normas diferentes sobre cómo obtener sus servicios (por ejemplo si necesita ser referido para ver un especialista o si tiene que atenderse con médicos, proveedores y en hospitales de la red del plan para los servicios que no sean de emergencia o urgentes). Estas normas pueden cambiar cada año. El plan tiene que notificarle estos cambios antes de que comience el nuevo período de inscripción. **Recuerde, usted tiene la opción de mantener su plan actual, elegir un plan diferente o cambiar a Medicare Original cada año.** Vea la página 65.

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

Por lo general, usted no necesita un referido para ver un especialista si tiene Medicare Original. Vea la página 51.

¡Importante!

Lea los documentos que le envía su plan

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

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

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

Más sobre los Planes Medicare Advantage (MA)

¿Quién puede inscribirse?

Debe cumplir con estas condiciones para inscribirse en un plan Medicare Advantage:

- Tiene la Parte A y Parte B.
- Vive en el área de servicio del plan.
- No padece de enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), excepto como se explica en la página 59.

La inscripción y cancelación

- Usted puede inscribirse en un plan MA aun si tiene un problema de salud preexistente, excepto si padece de una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD). Vea la página 59.
- **Usted sólo puede inscribirse o retirarse de un plan durante ciertos períodos del año.** Vea las páginas 65–66.
- Cada año los planes MA pueden abandonar el programa Medicare o cambiar los servicios que cubren y lo que le cobran. Si el plan deja de participar en el programa Medicare, tendrá que inscribirse en otro plan Medicare Advantage o regresar al Medicare Original. Vea la página 90.
- Los planes MA deben cumplir ciertas normas cuando le estén proporcionando información para inscribirse. Vea la página 98 para averiguar sobre estas normas y para proteger su información personal.

La cobertura de las recetas médicas

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

Si tiene otra cobertura
Hable con su administrador de beneficios, empleador o sindicato sobre las normas que se aplican antes de inscribirse en un plan Medicare Advantage. En algunos casos, si tiene la cobertura de un empleador o sindicato y se inscribe en un plan MA puede que pierda dicha cobertura. Recuerde que si esto ocurre, también su cónyuge y dependientes pueden perder la cobertura. En otros casos, si se inscribe en un plan MA y tiene cobertura de un empleador o sindicato puede seguir usando esta cobertura junto con la de su plan. **Recuerde**, **si pierde su cobertura de empleador o sindicato tal vez no pueda recuperarla.**

Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)
Usted no puede inscribirse en (y no necesita) un seguro suplementario a Medicare mientras esté inscrito en un plan MA. No podrá usarlo para pagar cualquier gasto bajo el plan MA (copagos, deducibles, primas). **Si cancela su póliza Medigap, en la mayoría de los casos no podrá recuperarla.** Vea la página 72.

Si tiene una póliza Medigap y se inscribe en un plan MA, puede cancelar su póliza Medigap. **Si cancela su póliza Medigap, en la mayoría de los casos, no podrá recuperarla. Vea la página 72.**

¿Qué pasa si padezco de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)?
Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Terminal, sólo podrá inscribirse en un plan Medicare Advantage en estas circunstancias:

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

A partir de 2021, las personas con ESRD podrán inscribirse en los planes Medicare Advantage sin restricciones.

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

¿Cuánto cuestan?

Los gastos directos de su bolsillo en un plan Medicare Advantage dependerán de:

- Si el plan le cobra una prima mensual. Además, usted paga la prima de la Parte B.
- Si el plan paga alguna parte de la prima mensual de Medicare. Como beneficio adicional, algunos planes MA ayudarán a pagar la totalidad o parte de su prima de la Parte B. Este beneficio a veces se conoce como la "reducción de la prima de la Parte B de Medicare".
- Si el plan cobra un deducible anual o cualquier deducible adicional.
- Cuánto le corresponde pagar a usted por cada visita o servicio (copago o coseguro).
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si se atiende con un médico o proveedor que acepta la asignación (si usted está inscrito en un PPO, PFFS, o MSA y usa los servicios fuera de la red del plan). Vea la página 53 para más información.
- Si usa proveedores de la red del plan o de un proveedor que no tiene contrato con el plan.
- Si necesita cobertura adicional y cuánto cobra el plan por dicha cobertura.
- Si el plan tiene un límite anual para el gasto directo de su bolsillo para todos los servicios médicos. Una vez que haya llegado al límite, ya no tendrá que pagar por los servicios cubiertos.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado.

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

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

Usted, su representante o su médico pueden solicitar una determinación de la organización. También tiene la opción de solicitar una decisión rápida, según sus necesidades de salud. Si su plan niega la cobertura, el plan debe informarle por escrito y usted tiene derecho a una apelación. Vea las páginas 89–94.

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

Los tipos de planes Medicare Advantage

HMO

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

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

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

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

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

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

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

PPO

Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

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

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

¿Debo escoger un médico de cabecera?
No.

¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?
En la mayoría de los casos no.

¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?
- Los planes PPO son distintos de las pólizas Medigap o del Medicare Original.
- Si necesita más información de la que aparece en esta página, verifique con el plan.

PFFS

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

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

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

¿Debo escoger un médico de cabecera?
No.

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

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

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

SNP

Planes para Necesidades Especiales (SNP, en inglés)

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

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

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

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

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

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

- Los SNP limitan a sus miembros a:
  1. (también llamado SNP institucional o I-SNP) personas que viven en ciertas instituciones (como asilos de ancianos) o requieren ese tipo de cuidado en sus hogares,
  2. (también llamado un SNP Elegible Dual o D-SNP) son elegibles para Medicare y Medicaid, o
  3. (también llamada Condición Crónica SNP o C-SNP) padecen de uno o más problemas de salud crónicos o que los incapaciten (como diabetes, enfermedad renal en etapa terminal, insuficiencia cardíaca, demencia o VIH/SIDA). Los planes pueden limitar aún más a los miembros que aceptan.
- Los planes deben coordinar los servicios y proveedores que usted necesita para mantenerse sano y para seguir las indicaciones de su médico.
- Visite Medicare.gov/plan-compare para ver los planes disponibles en su área. Para información sobre cobertura específica, consulte directamente con el plan.
- Si necesita más información de la que aparece en esta página, consulte con el plan.

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

- Cuando sea elegible para Medicare por primera vez, puede inscribirse durante el Período Inicial de Inscripción. Vea la página 17.
- Si tiene la Parte A y obtiene la Parte B por primera vez durante el Período General de Inscripción, también puede inscribirse en un plan MA. Es posible que su cobertura no comience hasta el 1 de julio. Vea la página 18.
- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, cualquier persona con Medicare puede inscribirse, cancelar o cambiarse de plan MA. Su cobertura entrará en vigencia el 1 de enero, siempre y cuando el plan reciba la solicitud para el 7 de diciembre.

Si cancela una póliza Medigap para inscribirse en un plan MA, es posible que no pueda recuperarla. Las reglas varían según el estado y su situación. Vea la página 72 para más información.

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

¿Puedo cambiar mi cobertura después del 7 de diciembre?

Entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, puede hacer los siguientes cambios durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage:**

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

Durante este período, **no puede**:

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

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

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

¡Importante!

¿No está seguro si desea inscribirse en un plan Medicare Advantage? La Inscripción Abierta de Medicare Advantage (1 de enero – 31 de marzo) le brinda la oportunidad de regresar al Medicare Original dependiendo de que cobertura funcione mejor para usted.

Períodos Especiales de Inscripción

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

¿Cómo puedo cambiar de plan?

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

- **Para cambiarse a un plan Medicare Advantage nuevo,** simplemente inscríbase en el plan que ha escogido durante los períodos de inscripción mencionados en la página 65. Cuando comience la cobertura del nuevo plan, le darán de baja automáticamente de su plan anterior.
- **Para cambiarse al Medicare Original**, comuníquese con su plan actual o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048. A menos que tenga otra cobertura de medicamentos, también tendrá que decidir si quiere la cobertura de los medicamentos recetados (Parte D) (para evitar una multa por inscripción tardía) y si quiere comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) si es elegible. Vea la página 69 para más información sobre la compra de una póliza Medigap.

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

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

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

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

Planes Medicare de Costo

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

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

Nota: Usted puede agregar o cancelar su cobertura de medicamentos recetados solamente en ciertos momentos. Vea las páginas 74–75.

Para más información sobre los Planes Medicare de Costo, visite el Localizador de planes Medicare en **Medicare.gov/plan-compare** o llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Vea las páginas 109–112 para obtener el número de teléfono.

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)

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

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

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

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

Visite **Medicare.gov/plan-compare**, para ver si hay un PACE que ofrezca servicios en su comunidad.

Proyectos de Medicare Innovadores

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

SECCIÓN 5

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

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

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

Las pólizas de Medigap están estandarizadas

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

¡Importante!

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

Nota: La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 113–116.

¿Cómo puedo comparar las pólizas Medigap?

El cuadro a continuación le brinda información básica sobre los distintos beneficios que cubren las pólizas Medigap para el 2019. Si aparece un porcentaje, significa que la póliza paga ese porcentaje del beneficio y usted paga el resto.

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

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

** Para los Planes K y L, después de cumplir con el límite anual de gastos de su bolsillo y deducible anual de la Parte B ($198 en 2020), Medigap pagará el 100% de los servicios cubiertos por el resto del año del plan.

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

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

Información importante

- Usted tiene que tener las Partes A y B de Medicare.
- Tendrá que pagar la prima mensual de Medigap a la compañía privada de seguros y seguirá pagando la prima mensual de la Parte B a Medicare. Además, si se tiene una póliza Medigap y un plan de medicamentos de Medicare ofrecidos por la misma compañía, podría tener que hacer 2 pagos aparte para las primas de su cobertura. Comuníquese con la compañía para saber cómo pagar su prima.
- Las pólizas Medigap sólo cubren a una persona. Si su cónyuge quiere dicha cobertura, tendrá que comprar su propia póliza.
- Usted no puede tener la cobertura de las recetas médicas de Medigap y del plan de medicamentos. Vea la página 81. La misma compañía de seguros puede ofrecer pólizas Medigap y planes de medicamentos recetados de Medicare.
- Es importante que compare las pólizas dado que los costos pueden variar entre las compañías de seguros para la misma cobertura, y en algunas pólizas pueden aumentar a medida que usted envejece. Algunos estados limitan el precio de las primas.
- En algunos estados puede comprar otro tipo de póliza de Medigap llamada SELECT. Si la adquiere, puede cambiar de opinión y volver a la póliza Medigap estándar dentro de los 12 meses.

Cuándo debe comprarla

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

¿Cómo funciona Medigap con los planes Medicare Advantage?

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

Para más información sobre las pólizas Medigap

- Visite **Medicare.gov** para averiguar cuáles son las pólizas disponibles en su zona.
- Visite **Medicare.gov/publications** para consultar la publicación “Selección de una póliza Medigap: Una guía sobre el seguro de salud para las personas con Medicare”.
- Comuníquese con el Departamento Estatal de Seguro. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048 para averiguar el número de teléfono. También puede obtenerlo en **Medicare.gov/contacts**.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 109–112.

SECCIÓN 6

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)

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

La cobertura de las recetas médicas (Parte D) es un beneficio opcional y está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Aun si usted ahora no toma medicinas es importante que se inscriba en uno de estos planes. Si decide no inscribirse en un plan de la Parte D cuando es elegible por primera vez y no tiene otra cobertura válida de medicamentos, o si no recibe Ayuda Adicional le podrán cobrar una multa si decide inscribirse más tarde. Por lo general, pagará esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Vea las páginas 77–78. Para conseguir esta cobertura debe inscribirse en uno de estos planes ofrecidos por las compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Cada plan varía en cuanto a los costos y a los medicamentos que cubre. Visite **Medicare.gov/plan-compare**, para más información sobre los planes en su área.

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

1. **Inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.** A veces conocidos como "PDP" que añaden esta cobertura al Medicare Original, a ciertos Planes Medicare de Costo, algunos Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) y a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Para inscribirse en un plan de medicamentos recetados usted tiene que tener las Partes A y/o B de Medicare.
2. **Inscribirse en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de las recetas médicas.** Usted recibirá todos los beneficios de Medicare (Partes A y B) y la cobertura de medicamentos (Parte D) a través del plan. A veces a los planes MA con cobertura de las recetas médicas se les conoce como "MA-PD". Para inscribirse en un plan MA usted tiene que tener las Partes A y B de Medicare y no todos los planes ofrecen cobertura para medicamentos recetados.

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

Nota: La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 113–116.

¡Importante!

Si tiene cobertura de su empleador o sindicato

Llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio o de inscribirse en otro plan. El inscribirse en otra cobertura podría causarle la pérdida de su cobertura de salud y medicamentos de su empleador o sindicato para usted y sus dependientes. Si pierde la cobertura de su empleador o sindicato, es posible que no pueda recuperarla. Si desea saber cómo funciona la cobertura Medicare de medicamentos recetados con otra cobertura de recetas médicas, vea la página 58.

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

- Cuando es elegible para Medicare por primera vez, puede inscribirse durante su Período Inicial de Inscripción. Vea la página 17.
- Si obtiene la Parte A y B por primera vez durante el Período General de Inscripción, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados a partir del 1 de abril al 30 de junio. Su cobertura comenzará el 1 de julio. Vea la página 18.
- Puede inscribirse, cambiar o cancelar su plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Los cambios comenzarán el 1 de enero del año siguiente, siempre que el plan reciba su solicitud antes del 7 de diciembre.
- Si está inscrito en un plan MA, puede inscribirse, cambiar o cancelar durante la Inscripción Abierta de Medicare Advantage, entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año. Vea la página 65.
- En cualquier momento si es elegible para un Período Especial de Inscripción. Vea a continuación.

Período Especial de Inscripción

El Período Especial de Inscripción es cuando puede inscribirse, cambiar o cancelar su cobertura de medicamentos de Medicare bajo determinada situación. Usted debe permanecer inscrito en su plan de medicamentos durante todo el año, pero es posible cambiar su cobertura a mitad de año si califica para un Período Especial de cuando ciertos eventos ocurren en su vida. Consulte con su plan para más información.

¿Cómo cambio mi plan de medicamentos?

Usted puede cambiarse a un nuevo plan Medicare de medicamentos recetados simplemente inscribiéndose en otro plan durante uno de los períodos mencionados en las páginas 74–75. **No necesita cancelar su antiguo plan.** Su cobertura será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su nuevo plan le enviará una carta avisándole la fecha de inicio de su cobertura. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048, para cambiar de plan.

¿Cómo puedo cancelar mi plan de medicamentos?

Si desea cancelar su plan Medicare de medicamentos recetados y no quiere inscribirse en un plan nuevo, puede hacerlo durante uno de los períodos mencionados en las páginas 74–75. Puede cancelarlo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048. También puede enviarle una carta al plan informándoles que quiere cancelarlo. Si lo cancela y quiere inscribirse en otro plan más adelante, tendrá que esperar al próximo Período de Inscripción. Tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía si no tiene cobertura válida de medicamentos. Vea las páginas 77–79.

Lea la información que le envía el plan

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

Lo que usted paga

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

- Los medicamentos que tome y si están en el formulario del plan (lista de medicamentos) y dependiendo del nivel del medicamento. Vea la página 79.
- En qué fase de su beneficio de medicamentos se encuentra (algunos ejemplos incluyen si cumplió con su deducible o no, fase de cobertura catastrófica, etc.).
- El plan que escoja. Recuerde, los costos de los planes y cobertura pueden cambiar cada año.
- La farmacia que use (ya sea que ofrezca costo compartido preferido o estándar fuera de la red del plan o de pedido por correo). Los costos de su bolsillo para sus medicamentos recetados pueden ser menos con una farmacia preferida porque ésta tiene un acuerdo con su plan de cobrar menos.
- Si recibe la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de la Parte D. Vea las páginas 83–85.

Es posible que pueda reducir el costo de sus recetas. Algunas maneras incluyen la elección de genéricos sobre los de marca, el pago de un medicamento sin seguro, el uso de tarjeta de descuentos o descuentos de la compañía farmacéutica. Pregúntele a su farmacéutico—le pueden decir si hay una opción menos costosa disponible. También puede enviarle los recibos a su plan para que estos cuenten como parte de los gastos anuales de su bolsillo. Consulte con su plan para averiguar cómo.

Prima mensual

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

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

¡Importante!

Si tiene un ingreso más alto, podría pagar más por su cobertura de la Parte D. Si su ingreso está por encima de cierta cantidad ($87,000 si presenta de forma individual o $174,000 si está casado y presenta de forma conjunta), usted pagará una prima más cara (a veces llamada la "Parte D-IRMAA"). También tendrá que pagar esta cantidad adicional si está inscrito en un plan MA con cobertura de medicamentos. Esto no afectará a todos los beneficiarios, por lo que la mayoría no tendrán que pagar más. Si tiene que pagar una cantidad mayor por la Parte D, también pagará una cantidad adicional por su prima de la Parte B. Vea la página 22.

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

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

Deducible anual

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

Copago o coseguro

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

Cobertura catastrófica

Una vez que haya cumplido con los requisitos de sus costos y termine su interrupción de cobertura, usted recibirá automáticamente la "cobertura catastrófica" y solamente pagará un coseguro o copago reducido para sus medicamentos por el resto del año.

Nota: Si recibe Ayuda Adicional, para pagar por la cobertura de sus recetas médicas, algunos de estos costos no se aplicarán. Vea las páginas 83–84.

¡Importante! Visite **Medicare.gov/plan-compare** para obtener los costos específicos de los planes de medicamentos, y luego llame al plan que le interesa para obtener detalles. Si necesita ayuda para compararlos, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 109–112.

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

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

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

Hay 3 formas de evitar el pago de la penalidad:

1. **Inscríbase en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando sea elegible por primera vez.** Incluso si no toma medicamentos recetados ahora, usted debe considerar inscribirse en un plan de medicamentos o un plan MA con cobertura de medicamentos para evitar la penalidad. Usted podría encontrar un plan que se adapte a sus necesidades con primas mensuales reducidas o libre de primas. Vea las páginas 4–8 para más información sobre sus opciones.
2. **Inscríbase en un plan de medicamentos recetados de Medicare si pierde otra cobertura válida.** La cobertura válida de medicamentos puede incluir la que usted tiene a través de su empleador o sindicato, TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos, del Servicio Médico para Indígenas o de otro seguro médico individual. El plan le avisará cada año si la cobertura que tiene es válida. Si pasa más de 63 días seguidos sin cobertura u otra cobertura válida de medicamentos, podría tener que pagar una penalidad por inscripción tardía.
3. **Mantenga registros comprobando cobertura válida y avísele a su plan de recetas médicas de Medicare si tiene otra cobertura de medicamentos.** Si no le informa al plan sobre su cobertura válida, puede que tenga que pagar una penalidad por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

¿Cuánto más tendré que pagar?

El costo de la multa dependerá del período de tiempo durante el cual estuvo sin una cobertura válida de medicamentos. En la actualidad, la cantidad se calcula multiplicando el 1% de la "prima básica nacional" ($32.74 en el 2020) por el número de meses sin cobertura en los que fue elegible para inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados y no lo hizo, ni tuvo otra cobertura válida de medicamentos. La cantidad final se redondea al punto decimal más próximo ($.10) y se agrega a su prima mensual. Dado que la "prima básica nacional del beneficiario" (prima promedio nacional) puede aumentar cada año, la multa también puede aumentar cada año. Luego de inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, el plan le informará si debe pagar multa y el costo de su prima.

Ejemplo:
La Sra. Martinez no se inscribió en un plan de medicamentos cuando fue elegible por primera vez—para junio 2017 y no tiene ninguna otra cobertura de medicamentos. Se inscribió en un plan Medicare de medicamentos recetados durante noviembre de 2019 y su cobertura comenzó el 1 de enero de 2020.

Como la Sra. Martinez no se inscribió cuando fue elegible por primera vez y estuvo 30 meses sin otra cobertura válida de medicamentos, desde julio 2017 a diciembre 2019, se le cobrará una multa mensual de $9.82 en el 2020 (**$32.74** (la prima básica nacional para 2020) x .01 (1% por cada mes sin cobertura) = **$32.74** x 30 = **$9.82 (la cantidad final se redondea a los $.10 más cercanos, por lo que se le cobrará $9.80 cada mes)** además de la prima mensual del plan. **$9.80 = la multa mensual por inscripción tardía para la Sra. Martinez para 2020.**

Si está en desacuerdo con la cantidad de la penalidad

Si no está de acuerdo con la cantidad de la penalidad puede pedirle a Medicare una revisión o reconsideración. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** de la fecha cuando recibe la primera carta indicando que debe pagar una multa por inscripción tardía. Tendrá que llenar un formulario (que le mandará el plan) y podrá mandarles pruebas para justificar su caso, como por ejemplo información sobre su cobertura válida de medicamentos anterior. Si necesita ayuda, hable con su plan de medicamentos.

¿Cuáles son los medicamentos que están cubiertos?

La información sobre la lista de medicamentos cubiertos (formulario) no se incluye en esta publicación porque cada plan tiene su propio formulario. Muchos planes Medicare de medicamentos recetados clasifican sus medicamentos por "Niveles" o "Categorías". Las medicinas en cada nivel tienen precios distintos. Por ejemplo, un medicamento de un nivel más bajo por lo general le costará menos que uno de un nivel más alto. En algunos casos, si el medicamento que usted necesita está en un nivel alto y su médico (u otro proveedor de la salud autorizado para recetar) piensa que usted necesita dicho medicamento en vez de uno similar pero de un nivel más bajo, puede solicitar una excepción y pedirle al plan que le cobre un copago menor. Para obtener más información sobre las exenciones, vea la página 92.

Los formularios están sujetos a cambios y el plan puede modificarlos. Su plan le avisará sobre cualquier cambio en el formulario que afecte los medicamentos que está tomando.

Comuníquese con el plan para averiguar sobre el formulario, o visite el sitio web del plan. También puede consultar al localizador de planes Medicare visitando **Medicare.gov/plan-compare** o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048. Su plan le notificará sobre cualquier cambio en el formulario.

¡Importante! Cada mes que usted renueva una receta, el plan le envía una Explicación de Beneficios (EOB, en inglés). Vea el resumen y fíjese que no tenga errores. Si tiene preguntas o ha encontrado errores, llame a su plan. Si tiene una sospecha de fraude, llame al Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). Para más información sobre el MEDIC, vea la página 98.

Los planes pueden tener las normas de cobertura siguientes para ciertos medicamentos:

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

  Los planes también pueden usar autorización previa cuando cubren un medicamento para ciertas condiciones médicas, pero no todas las afecciones médicas para las cuales se aprueba un medicamento. Cuando esto ocurra, es probable que los planes tengan medicamentos alternos en su formulario (lista de medicamentos) para las otras afecciones médicas, para las cuales se puede recetar el medicamento.
- **Límite de cantidad**: Esto se refiere a la cantidad de píldoras que puede obtener cada vez.
- **Terapia en etapas/pasos**: Significa que antes de que el medicamento que le recetó el médico sea pagado por el plan, usted debe probar uno o más medicamentos similares de menor costo.
- **Controles de seguridad en la farmacia (incluyendo medicamentos para el dolor con opioides):** Antes de llenar sus recetas, su plan de medicamentos de Medicare y farmacia harán revisiones adicionales de seguridad, como la verificación de interacciones farmacológicas y dosis incorrectas. Estos controles de seguridad también incluyen la verificación de cantidades peligrosas de medicamentos para el dolor con opioides y limita el suministro de opiáceos para los primeros días. Los analgésicos opioides (como la oxicodona y la hidrocodona) pueden ayudar con ciertos tipos de dolor, pero tienen riesgos graves como adicción, sobredosis y muerte. Estos riesgos aumentan cuando se toman opioides con ciertos otros medicamentos, como las benzodiazepinas (que se usan comúnmente para la ansiedad y el sueño).
- **Programas de Administración de Medicamentos:** Los planes de medicamentos de Medicare también pueden tener un programa para supervisar el uso de medicamentos recetados que pueden ser objeto de abuso. Si usa medicamentos opioides de varios médicos y/o farmacias, su plan puede comunicarse con los médicos que recetaron estos medicamentos para asegurarse de que este uso sea apropiado y médicamente necesario.

Se le enviará una carta por adelantado si su plan decide que su uso de opioides o benzodiazepinas puede ser peligroso. Esta carta le informará si el plan limitará la cobertura de estos medicamentos, o si necesita las recetas de estos medicamentos de un sólo médico o farmacia. Usted y su médico tienen derecho a apelar estas limitaciones si no está de acuerdo con la decisión del plan (Vea la página 90). La carta también le indicará cómo comunicarse con el plan si tiene preguntas o desea presentar una apelación.

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

Si su médico o usted piensan que deberían excluirlo de alguna de estas normas, **puede solicitar una excepción.** Vea la página 92.

Si le recetan opioides:

- Hable con su médico sobre su dosis y por cuanto tiempo estará tomándolos. Usted y su médico pueden decidir más tarde que no necesitan toda su receta.
- Hable con su médico sobre otras opciones que Medicare cubre para tratar su dolor, como terapia física, terapia individual y grupal, servicios de integración del comportamiento para la salud y más. También pueden haber otras opciones de tratamiento del dolor disponibles que Medicare no cubre.
- Nunca tome opioides en cantidades mayores o con mayor frecuencia de lo recetado.
- Deseche los opioides recetados sin usar a través del programa de devolución de medicamentos de su comunidad o de su farmacia.

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

¿Le renuevan su receta automáticamente por correo?

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

Programa de Control de la Terapia de Medicamentos

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

El farmacéutico o proveedor puede hablar con usted sobre:

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

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

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

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

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

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

COBRA: Es una ley federal que podría permitirle que mantenga la cobertura médica de un empleador o sindicato, una vez que su empleo se haya terminado o después de haber perdido su cobertura como dependiente de un empleado. Tal y como se explica en la página 18, hay varios motivos por los que debería aceptar la Parte B en vez de o además de COBRA. Sin embargo, si acepta COBRA con cobertura válida de medicamentos, se le otorgará un Período Especial de Inscripción para que se inscriba en un plan Medicare de medicamentos recetados sin tener que pagar la multa una vez que termine la cobertura de COBRA. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para averiguar si COBRA es una buena opción para usted. El número aparece en las páginas 109–112.

Pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) con cobertura de recetas médicas: Tal vez le convenga más inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados porque la mayoría de la cobertura de recetas médicas de las pólizas Medigap no son consideradas cobertura válida de medicamentos, y si más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos, tendrá que pagar la multa por inscripción tardía. Vea las páginas 77–78. Las pólizas Medigap ya no pueden venderse con la cobertura de medicamentos. Si se inscribe en un plan de medicamentos y se queda con la póliza Medigap, la compañía de seguro Medigap debe quitar la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos de la póliza y reducir la prima. Para más información, llame a su compañía de seguro Medigap.

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 7

Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y medicamentos recetados

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

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

La Ayuda Adicional, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos (LIS), es un programa de Medicare para ayudarles a las personas de bajos ingresos y recursos a pagar por su cobertura de medicamentos. Usted puede obtener este subsidio si su ingreso anual y sus recursos están por debajo de los límites establecidos para el 2019:

	ingresos anuales	otros recursos
Para una persona soltera	por debajo de $18,735	menores a $14,390 al año
Para una persona casada que vive con su cónyuge y sin otros dependientes	por debajo de $25,365	menores a $28,720 al año

Estas cantidades pueden cambiar en el 2020. Usted podría ser elegible aun si su ingreso es mayor (por ejemplo si sigue trabajando, vive en Alaska o Hawái o tiene dependientes que viven con usted). Los recursos incluyen el dinero que tenga en una cuenta corriente o de ahorros, acciones y bonos, fondos jubilatorios individuales (IRA, en inglés). **No** incluyen su vivienda, automóvil, sepultura y hasta $1,500 para gastos de entierro (por persona), muebles y otros artículos del hogar o seguro de vida.

Nota: La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 113–116.

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

- Ayuda con los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare.
- No tendrá una interrupción en la cobertura.
- No le cobrarán la multa por inscripción tardía.

Nota: La Ayuda Adicional no está disponible en Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, las Islas Marianas del Norte o Samoa estadounidense. Vea la página 88 para obtener información sobre los programas disponibles en esas zonas.

La mayoría de las personas con Medicare sólo pueden hacer cambios a su cobertura de medicamentos durante ciertas épocas del año. Si recibe, pierde o tiene un nuevo cambio en su estatus de Medicaid o Ayuda Adicional, podría calificar para un Período Especial de Inscripción para cambiar de planes. Consulte con su plan para más información.

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

- Tiene la cobertura completa de Medicaid.
- Recibe ayuda de Medicaid para pagar las primas de la Parte B (está en un Programa de Ahorros de Medicare). Vea las páginas 86–87.
- Recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés).

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

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

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

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

Los beneficiarios elegibles pagarán en el 2020 un máximo de $3.60 por cada medicamento genérico y $8.95 por cada medicamento de marca. Fíjese en las cartas que le mandan sobre la Ayuda Adicional o comuníquese con su plan para averiguar el precio exacto.

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

- Visitando **socialsecurity.gov/i1020** para solicitarla por Internet.
- Llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Nota: Cuando solicita Ayuda Adicional, también puede comenzar su solicitud para los Programas de Ahorros de Medicare. Estos programas estatales ofrecen ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado a menos que nos indique que no lo hagamos en la solicitud de Ayuda Adicional.

Para obtener respuestas a sus preguntas sobre la Ayuda Adicional y para que le ayuden a escoger un plan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el teléfono en las páginas 109–112. También puede llamar al 1-800-MEDICARE.

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

Programas de ahorros de Medicare

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

Hay 4 tipos de programas de ahorros:

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

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

   Si su proveedor no deja de facturarle, llámenos al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Podemos confirmar que está en el programa QMB. También podemos pedirle a su proveedor que detengan la facturación y le reembolsen los pagos que haya hecho.

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

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

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

Si califica para un programa QMB, SLMB o QI, usted califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional con los costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Vea las páginas 83-85.

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

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

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

Para más información
- Llame o visite la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) y pida información sobre los Programas Medicare de Ahorros. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048. También puede visitar **Medicare.gov/contacts**.
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono aparece en las páginas 109–112.

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

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

¿Cuáles son los requisitos?
- Los programas Medicaid varían en cada estado, también pueden tener nombres diferentes como “Ayuda Médica” o “Medi-Cal”.
- Cada estado tiene requisitos de ingresos y recursos diferentes.
- En algunos estados, para ser elegible para Medicaid debe tener Medicare.

Llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). También puede visitar **Medicare.gov/contacts**.

Planes piloto para las personas que tienen Medicare y Medicaid
Medicare está trabajando con algunos estados y planes médicos para ofrecer estos planes piloto (conocidos como planes Medicare/Medicaid). Si le interesa inscribirse en uno de estos planes, visite **Medicare.gov/plan-compare** para averiguar si es elegible y si hay un plan en su zona. También puede comunicarse con su oficina local de Medicaid para más información.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs, en inglés)

Varios estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a ciertos beneficiarios a pagar por sus medicamentos recetados basándose en sus necesidades económicas, su edad o problema médico. Cada SPAP tiene sus propias normas de cobertura. Para averiguar cuáles son los SPAP en su estado y cómo trabajan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono aparece en las páginas 109–112.

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

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

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE es un programa de Medicare y Medicaid ofrecido en muchos estados, para que las personas que necesitan el nivel de servicios que recibirían en un asilo para ancianos, permanezcan en sus comunidades. Para más información vea la página 68.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)

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

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

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

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

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

SECCIÓN 8

Conozca sus derechos y aprenda a protegerse del fraude

¿Cuáles son mis derechos si tengo Medicare?

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

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

Nota: La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 113–116.

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

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

- Usted puede escoger otro plan cuya cobertura comience el 1 de enero, si se inscribe entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- **Usted tendrá un derecho de inscripción especial para otro plan de salud hasta el 29 de febrero de 2020.**
- Tendrá el derecho de comprar ciertas pólizas de Medigap dentro de los 63 días después de que termine su cobertura del plan.

¿Qué es una apelación?

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

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

También puede apelar:

- Si Medicare o su plan deja de pagar o de brindarle un servicio, medicamento o suministro o parte del mismo y usted piensa que aún lo necesita.
- Una determinación en riesgo realizada bajo un programa de administración de medicamentos que limita el acceso a la cobertura de medicamentos que se consumen con frecuencia (vea la página 80).

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

¿Cómo hago para apelar una decisión?

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

Si está inscrito en el Medicare Original

- Obtenga el "Resumen de Medicare" (MSN) que muestra el suministro o servicio por el que está apelando. Vea la página 52 para más información.
- Haga un círculo alrededor del artículo o servicio que aparece en el "Resumen de Medicare" con el que está en desacuerdo y detalle en el MSN las razones por las que está en desacuerdo. También puede explicar los motivos en una página separada y adjuntarla al MSN.
- Firme el "Resumen de Medicare", incluya un número de teléfono y su número de Medicare en el MSN. Haga una copia y guárdela en su archivo personal.
- Envíe el "Resumen de Medicare" o una copia del mismo a la dirección del contratista de Medicare que aparece en el MSN. También puede enviar información adicional que tenga y que ayude a su caso. O puede llenar y enviar el Formulario 20027 de CMS al contratista mencionado en el MSN. Para ver o imprimir el formulario visite **CMS.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf**, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048 para que le envíen una copia por correo.
- Usted debe apelar la decisión en los 120 días siguientes a la fecha en que recibe el MSN.
- Generalmente recibirá la decisión del contratista de Medicare dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. Si Medicare pagará por el servicio o artículo, el pago aparecerá en el próximo "Resumen de Medicare".

Si está inscrito en un plan de salud de Medicare

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

En algunos casos podrá solicitar una apelación acelerada. Lea los documentos del plan y vea la página 92.

Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados

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

- Obtener una explicación por escrito para las decisiones de cobertura de medicamentos (llamada "determinación de cobertura") de su plan de medicamentos recetados. Esta es la primera decisión tomada por su plan (no por la farmacia) sobre su cobertura, que incluye si un determinado medicamento está cubierto, si usted ha cumplido los requisitos para recibir el medicamento recetado, cuánto debe pagar por dicho medicamento y si se puede hacer una excepción a una norma del plan tal como usted lo ha solicitado.
- Pedirle al plan una "excepción" si usted o su médico (o cualquier proveedor de la salud autorizado legalmente para recetar medicamentos) cree que necesita un medicamento que no está en el formulario (lista de medicamentos cubiertos) del plan.

- Solicitar una "excepción" si usted o su médico creen que una norma de cobertura (como por ejemplo la de la autorización previa) no debería aplicarse.
- Solicitar una "excepción" si cree que debería pagar menos por un medicamento que se encuentra en un nivel o categoría superior (más caro), porque usted o su médico piensan que no puede tomar un medicamento de un nivel inferior para tratar la misma condición.

¿Cómo solicito una determinación de cobertura o excepción?

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

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

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

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

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

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

¿Dónde puedo obtener ayuda para solicitar una apelación?

Usted puede designar un representante para ayudarle. Su representante puede ser un miembro de la familia, amigo, defensor, asesor financiero, abogado, médico o alguien que actúe en su nombre. Si desea información, visite **Medicare.gov/appeals**. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) si necesita ayuda para apelar. Encontrará el número de teléfono en las páginas 109–112.

Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN, en inglés)

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

¿Qué ocurre si me entregan un ABN?

- Le pedirán que decida si quiere recibir los servicios mencionados en el ABN.
- Si decide obtener dichos servicios, tendrá que pagar por ellos de su bolsillo si Medicare no lo hace.
- Le pedirán que lo firme e indique que ha leído y entendió el contenido del ABN.
- Los proveedores de servicios de salud y los suplidores no tienen (aunque pueden hacerlo) que entregarle un ABN para los servicios que Medicare nunca cubre. Vea la página 49.
- Un ABN no es una denegación oficial de cobertura de Medicare. Si el pago es denegado, puede apelar la decisión. Sin embargo, usted tendrá que pagar por los artículos o servicios por los que está apelando si es que Medicare decide que dichos artículos o servicios no están cubiertos (y no tiene otro seguro que sea responsable por el pago).

¿Me pueden entregar un ABN por otros motivos?

También puede recibir un ABN del centro de enfermería especializada, cuando el centro cree que Medicare ya no cubrirá la estadía, otros artículos o servicios.

¿Qué ocurre si no me han dado un ABN?

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

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

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

Su derecho al acceso de su información de salud

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

Esto incluye:

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

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

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

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

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

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

¿Cómo usa Medicare mi información personal?

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

Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad de Medicare Original

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

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

Medicare le brindará información a:

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

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

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

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

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

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

Usted tiene derecho a:

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

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

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

El presentar una queja no afecta su cobertura de Medicare.

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

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

¿Cómo puedo protegerme del robo de identidad?

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

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

- Un plan de salud o medicamentos de Medicare puede llamarle si ya es miembro del plan. El agente que le ayudó a inscribirse también puede llamarle.
- Un representante de servicio al cliente de 1-800-MEDICARE puede llamarle si ha llamado y ha dejado un mensaje, o un representante dijo que alguien le devolvería la llamada. Si sospecha del robo de identidad o cree que le ha entregado su información personal a alguien que no debía, llame al departamento de policía local y a la línea para el robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338 (TTY: 1-866-653-4261) para hacer una denuncia. Para obtener más información sobre el robo de identidad visite **ftc.gov/idtheft**.

¿Cómo puedo protegerme del fraude y robo de identidad?

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

- Si está inscrito en el Medicare Original, revise su "Resumen de Medicare" (MSN) para ver cuáles son los servicios que le cobraron a Medicare. Si está inscrito en un plan de salud de Medicare, pregúntele al plan.
- Pídale a su médico o proveedor un informe detallado sobre cada servicio o suministro. Se lo debe entregar en un plazo de 30 días.
- Visite **MiMedicare.gov** y vea sus reclamaciones (si está inscrito en el Medicare Original). Sus reclamaciones generalmente aparecen en este sitio web a las 24 horas de haber sido procesadas. También puede descargar la información sobre sus reclamaciones usando el "botón azul" de Medicare. Vea la página 104. Si lo desea puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 1-877-486-2048.

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

Para más información, visite **Medicare.gov** o comuníquese con su programa SMP local. Para más información sobre el programa SMP, visite **smpresource.org** o llame al 1-877-808-2468.

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

Los planes deben cumplir los reglamentos

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

¡Importante!

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

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

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

Usted podría ganar dinero si lucha contra el fraude

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

Investigar una denuncia de fraude toma tiempo

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

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

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

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

Aviso de Comunicaciones Accesibles

Para ayudar a garantizar que las personas incapacitadas tengan la misma oportunidad de participar en nuestros servicios, actividades, programas y otros beneficios, proporcionamos comunicaciones en formatos accesibles. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindan **ayuda y servicios auxiliares para facilitar la comunicación con personas incapacitadas. La ayuda auxiliar incluye materiales en Braille, CD de audio/datos, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si pide información en un formato accesible de CMS, no se verá perjudicado por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.**

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

1. **Llamar:**
   Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
   TTY: 1-877-486-2048

2. **Enviar un correo electrónico:** altformatrequest@cms.hhs.gov

3. **Enviar un fax:** 1-844-530-3676

4. **Enviar una carta:**
   Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
   Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)
   7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
   Baltimore, MD 21244-1850
   Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente

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

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

Aviso sobre la discriminación

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

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

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

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

SECCIÓN 9

Si desea más información

¿Dónde puedo obtener ayuda personalizada?

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

TTY: 1-877-486-2048

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

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

¡Importante!

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

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

Nota: La definición de las palabras en color azul se encuentra en las páginas 113–116.

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

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

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

El número de teléfono aparece listado en las páginas 109–112. Comuníquese con un SHIP en su estado para aprender cómo convertirse en un consejero voluntario de SHIP.

¿Dónde puedo obtener información general sobre Medicare?

Visite Medicare.gov

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

¿Dónde puedo obtener información personalizada sobre Medicare?

Regístrese en MiMedicare.gov

- Controle su información médica (como sus problemas de salud, alergias o dispositivos implantados).
- Inscríbase para recibir su “Resumen de Medicare” (eMSN) y este manual electrónicamente. Si los solicita electrónicamente, ya no recibirá copias impresas.
- Administre la información sobre sus medicamentos y farmacia.
- Busque, añada y haga una lista de sus proveedores preferidos y vea la información sobre la calidad de los servicios que prestan.

- Seleccione o cambie su médico de cabecera. Su médico de cabecera es el médico que usted quiere que sea responsable de coordinar el cuidado de su salud en general, independientemente de dónde elija obtener los servicios. Vea la página 106.
- Controle las reclamaciones al Medicare Original y el pago del deducible de la Parte B.
- Imprima una copia oficial de su nueva tarjeta de Medicare una vez la reciba por correo.

¿Sigue esperando por su nueva tarjeta de Medicare?

1. Inicie sesión en MiMedicare.gov para obtener su número o imprimir su tarjeta oficial. Ahora que hemos terminado de enviar las tarjetas, su nuevo número aparecerá en **MiMedicare.gov**.
2. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar 1-877-486-2048. Puede haber algo que necesita ser corregido, como su dirección postal.

Sólo puede usar su tarjeta anterior y el número de Medicare para obtener servicios médicos hasta el 31 de diciembre de 2019.

El "Botón Azul®" de MiMedicare.gov

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

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

Visite **MiMedicare.gov** para usar hoy el "Botón Azul".

Botón azul 2.0®

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

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

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

Medicare mantiene una lista de aplicaciones autorizadas. Aprenda más visitando **Medicare.gov** y buscando el "Botón Azul".

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

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

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

- Hable con su proveedor de salud. Todo plan o proveedor debe tener una persona disponible para hablar con usted sobre la calidad del cuidado.
- Pregúntele a su médico qué opina sobre la calidad de los servicios brindados por su plan u otro proveedor de la salud. Hable con su médico sobre la información de Medicare acerca de la calidad del cuidado que se encuentran en las herramientas de comparación en **Medicare.gov**.

Tener acceso a la información de calidad y costo por adelantado le ayuda a obtener una imagen completa de sus opciones de cuidado médico. A finales de este año, **Medicare.gov** tendrá información de calidad en un lugar fácil de usar. Podrá comparar calificaciones de calidad, información de costos y otros detalles para obtener el mejor valor por su cuidado médico.

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

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

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

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

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

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

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

Compare la calidad de los servicios proporcionados por los planes de salud y de medicamentos y por los proveedores a nivel nacional, en **Medicare.gov** o llamando al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 109–112.

¿Qué hace Medicare para coordinar mejor mi cuidado?

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

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

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

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

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

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

Una ACO no limita su elección de proveedores de la salud. Sus beneficios de Medicare no están cambiando. Aún tiene derecho de visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor que acepte Medicare en cualquier momento, como lo hace ahora. Una ACO no es un plan Medicare Advantage que es una alternativa "todo en uno" al Medicare Original, ofrecida por compañías privadas aprobadas por Medicare. Una ACO no es un plan HMO, o un plan de seguro de ningún tipo. Para ayudarnos a coordinar mejor su cuidado, Medicare comparte información con sus proveedores. Compartir sus datos ayuda a garantizar que todos los proveedores que participan en su cuidado tengan acceso a su información de salud cuando y donde lo necesiten. Incluso si se niega a compartir su información, Medicare seguirá usando su información para algunos propósitos, como evaluar el desempeño financiero y de calidad de los proveedores de la salud que participan en ACO. Si no desea que Medicare comparta su información médica, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Si tiene preguntas o inquietudes, puede hablar sobre ellas durante su visita al consultorio con su proveedor. Para más información sobre las ACOs, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Hay otras maneras de obtener información sobre Medicare?

Publicaciones

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

Medios de comunicación social

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

Videos

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

Blogs

Visite blog.medicare.gov para noticias actualizadas y otra información de nuestros sitios web.

Otros Contactos Útiles

Seguro Social

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

1-800-772-1213, TTY: 1-800-325-0778
socialsecurity.gov

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

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

1-855-798-2627, TTY: 1-855-797-2627

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

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

Departamento de Defensa

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

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

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

Departamento de Asuntos de Veteranos

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

1-800-827-1000, TTY: 1-800-829-4833
va.gov
vets.gov
eBenefits.va.gov

Oficina de Gerencia de Personal

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

Retirados: 1-888-767-6738
TTY: 1-800-878-5707
opm.gov/healthcare-insurance

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

Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés)

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

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

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

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

Alabama

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

Alaska

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

Arizona

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

Arkansas

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

California

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

Colorado

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

Connecticut

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

Delaware

Delaware Medicare Assistance Bureau
1-800-336-9500

Florida

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

Georgia

GeorgiaCares Program
1-866-552-4464

Guam

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

Hawaii

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

Idaho

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

Illinois

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

Indiana

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

Iowa

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

Kansas

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

Kentucky

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

Louisiana

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

Maine

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

Maryland

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

Massachusetts

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

Michigan

MMAP, Inc.
1-800-803-7174

Minnesota

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

Mississippi

MS State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-844-822-4622

Missouri

CLAIM
1-800-390-3330

Montana

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

Nebraska

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

Nevada

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

New Hampshire

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

New Jersey

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

New Mexico

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

New York

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

North Carolina

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

North Dakota

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

Ohio

Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP)
1-800-686-1578

Oklahoma

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

Oregon

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

Pennsylvania

APPRISE
1-800-783-7067

Puerto Rico

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

Rhode Island

Senior Health Insurance Program (SHIP)
1-888-884-8721

South Carolina

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

South Dakota

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

Tennessee

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

Texas

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

Utah

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

Vermont

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

Virgin Islands

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

Virginia

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

Washington

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

Washington D.C.

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

West Virginia

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

Wisconsin

Wisconsin SHIP
1-800-242-1060

Wyoming

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

SECCIÓN 10

Definiciones

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

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

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

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

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

Cobertura válida de medicamentos recetados
Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo de un empleador o sindicato) que paga en promedio por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare de las recetas médicas. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, pueden conservarla sin tener que pagar una multa si más tarde deciden inscribirse en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.

Copago
Es la cantidad que le corresponde pagar del costo de los servicios o suministros como por ejemplo la visita médica, el servicio ambulatorio del hospital o un medicamento. El copago por lo general es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, puede que le cobren $10 o $20 por la visita médica o el medicamento.

Coseguro
La cantidad que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%).

Cuidado de custodia/compañía
Cuidado personal no especializado, para ayudarle con las actividades cotidianas tales como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse, moverse y usar el baño. También puede incluir las actividades que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse gotas para los ojos. En la mayoría de los casos Medicare no paga por este tipo de cuidado.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés)
Cuidado de enfermería especializada y de rehabilitación brindado a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado de SNF incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que sólo pueden ser administradas por una enfermera registrada o médico.

Deducible
La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Demostraciones
Proyectos especiales, a veces llamados “programa piloto” o “estudios investigativos,” que mide las mejoras en la cobertura, costos y calidad del cuidado. Por lo general, operan sólo por un tiempo limitado, para un grupo específico de personas y en ciertas zonas.

Días de reserva vitalicios
En el Medicare Original son días adicionales que Medicare pagará cuando ha estado hospitalizado por más de 90 días. Estos 60 días pueden ser usados una sola vez durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos excepto el coseguro diario.

Formulario
La lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan de medicamentos o por otro seguro que ofrezca la cobertura de las recetas médicas.

Hospital de acceso crítico
Un centro médico pequeño que ofrece servicios ambulatorios y de internación limitados a personas en zonas rurales.

Hospital de cuidado a largo plazo
Hospitales de atención crítica que brindan tratamiento a los pacientes que deben permanecer internados más de 25 días. La mayoría de los pacientes son transferidos de las unidades de cuidado intensivo o crítico. Los servicios proporcionados incluyen rehabilitación general, terapia respiratoria, tratamiento para traumatismo de cráneo y control del dolor.

Médico de atención primaria
Es un médico que tiene una especialidad primaria en medicina familiar, medicina interna, medicina geriátrica, o medicina pediátrica; o una enfermera, enfermera clínica especializada o un asistente médico.

Médico de cabecera
Es el médico a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Es el que se encarga de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano. También es el que lo refiere a otro proveedor de la salud y habla con otros médicos sobre su cuidado. En muchos planes Medicare Advantage, antes de ver a cualquier otro médico, usted debe consultar primero a su médico de cabecera.

Necesario por razones médicas
Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud y cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica.

Período de beneficio
La forma en que el Medicare Original mide su uso de los servicios de hospital y de Centros de Enfermería Especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día que usted es admitido al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido los servicios del hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si usted es admitido al hospital o al SNF después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficio. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Plan de salud de Medicare
Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle a los beneficiarios inscritos todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costo y los programas piloto. Los programas PACE son un tipo especial de plan de salud de Medicare que puede ser ofrecido por una entidad pública o privada y que además de los servicios de las Partes A y B, también ofrecen los beneficios de la Parte D.

Plan Medicare
Se refiere a cualquier plan que no sea el Medicare Original, mediante el cual usted recibe los beneficios de salud y de medicamentos de Medicare. El término incluye todos los planes de salud de Medicare y los Planes Medicare de Medicamentos Recetados.

Plan Medicare Advantage (Parte C)
El Plan Medicare Advantage (MA) es un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que celebra contratos con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Los planes MA incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud, organizaciones de proveedores preferidos, planes privados de pago por servicio, planes por necesidades especiales y planes de cuentas de ahorro médico de Medicare. Si usted está inscrito en el plan MA, posee cobertura de los servicios de Medicare a lo largo del plan y no se paga a través del Medicare Original. La mayoría de los planes MA brindan cobertura de medicamentos recetados.

Prima
El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan médico o de medicamentos por la cobertura.

Profesional de cuidado primario/Proveedor de cuidados primarios
Un médico con especialización en la medicina interna o cuidado familiar, geriátrico o pediatría, una enfermera clínica especializada o un asistente médico.

Programas piloto
Proyectos especiales, a veces llamados “demostraciones” o “estudios investigativos,” que mide las mejoras en la cobertura, costos y calidad del cuidado. Por lo general, operan sólo por un tiempo limitado, para un grupo específico de personas y en ciertas zonas.

Referido
Una orden por escrito de su médico de cabecera para que consulte a un especialista o reciba ciertos servicios. En muchos HMO, usted necesita una orden por escrito antes de atenderse con cualquier proveedor de la salud que no sea su médico de cabecera. Si no tiene un referido de su médico, es posible que el plan no pague.

Servicios preventivos
Servicios médicos para prevenir enfermedades o hacer una detección temprana de las mismas, que es cuando con el tratamiento se obtienen los mejores resultados (por ejemplo, la prueba Papanicolaou, vacuna contra la gripe y las mamografías).

Notas

Ayuda en otros idiomas

Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

العربية (Arabic) إن كان لديك أو لدى شخص تُساعده أسئلة بخصوص Medicare فإن من حقك الحصول على المساعدة و المعلومات بلغتك من دون أي تكلفة. للتحدث مع مترجم إتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

հայերեն (Armenian) Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Medicare-ի մասին, ապա Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

中文 (Chinese-Traditional) 如果您，或是您正在協助的個人，有關於聯邦醫療保險的問題，您有權免費以您的母語，獲得幫助和訊息。與翻譯員交談，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

فارسی (Farsi) اگر شما، یا شخصی که به او کمک میرسانید سوالی در مورد اعلامیه مختصر مدیکردارید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید. برای مکالمه با مترجم با این شماره زیر تماس بگیرید1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Français (French) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions au sujet de l'assurance-maladie Medicare, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et de l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Deutsch (German) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Medicare haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Kreyòl (Haitian Creole) Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen kesyon konsènan Medicare, se dwa w pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san pou pa peye pou sa. Pou w pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Italiano (Italian) Se voi, o una persona che state aiutando, vogliate chiarimenti a riguardo del Medicare, avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete, chiamate il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

日本語 (Japanese) Medicare (メディケア) に関するご質問がある場合は、ご希望の言語で情報を取得し、サポートを受ける権利があります (無料)。通訳をご希望の方は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話ください。

한국어(Korean) 만약 귀하나 귀하가 돕는 어느 분이 메디케어에 관해서 질문을 가지고 있다면 비용 부담이 없이 필요한 도움과 정보를 귀하의 언어로 얻을 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다. 통역사와 말씀을 나누시려면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오.

Polski (Polish) Jeżeli Państwo lub ktoś komu Państwo pomagają macie pytania dotyczące Medicare, mają Państwo prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Aby rozmawiać z tłumaczem, prosimy dzwonić pod numer telefonu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Português (Portuguese) Se você (ou alguém que você esteja ajudando) tiver dúvidas sobre a Medicare, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, gratuitamente. Para falar com um intérprete, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Русский (Russian) Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу программы Медикэр (Medicare), вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tagalog (Tagalog) Kung ikaw, o ang isang tinutulungan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Medicare, ikaw ay may karapatan na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong lenguwahe ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tiếng Việt (Vietnamese) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

La información del manual era correcta al momento de su impresión. Sin embargo, tal vez se hayan hecho cambios posteriormente. Para obtener la información actualizada visite **Medicare.gov** o llame al 1-800-MEDICARE.

"Medicare y Usted" no es un documento legal. Las normas oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Pagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

PRSRT STD
POSTAGE & FEES
PAID CMS
PERMIT NO. G-845

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, $300

CMS Producto No. 10050-S
Revisado en diciembre 2019

Manual Nacional de Medicare

¿Tiene un nuevo domicilio? Visite **socialsecurity.gov** o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. Si recibe beneficios del RRB, llame al 1-877-772-5772. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-312-751-4701.

Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés o español, llame al 1-800-MEDICARE y diga “Agente” (“Agent”). Cuando le comuniquen dígale al representante cuál es el idioma que desea.

Los comentarios generales sobre esta publicación son valorados. Envíenos un correo electrónico a **medicareandyou@cms.hhs.gov**. No podemos responder a cada comentario, pero los tendremos en cuenta al redactar las versiones futuras.

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES