Edición en letra grande

Medicare Y Usted 2022

La publicación **oficial del gobierno de los Estados Unidos**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Lo nuevo e importante

Artículos y servicios relacionados con COVID-19

Medicare cubre varios artículos y servicios relacionados con la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), incluidas vacunas, pruebas de diagnóstico, pruebas de anticuerpos y tratamientos con anticuerpos monoclonales. Hable con su médico o proveedor de salud para ver cuáles son adecuados para usted. Consulte la página 80.

Evaluación cognitiva y servicios del plan de cuidado

Medicare cubre una evaluación cognitiva para ayudar a detectar los primeros signos de deterioro cognitivo. Su médico puede realizar esta evaluación durante su visita de rutina. Si muestra signos de deterioro cognitivo, Medicare también cubre una visita separada con su médico habitual o especialista para realizar una revisión completa de su función cognitiva, establecer o confirmar un diagnóstico como demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer, y desarrollar un plan de cuidado. Consulte la página 73.

Prueba de biomarcadores en sangre

Medicare cubre esta prueba de detección del cáncer colorrectal, en ciertos casos, una vez cada 3 años. Consulte la página 78.

Actualizaciones de Medicare.gov

Actualizamos **Medicare.gov** durante todo el año para mejorar su experiencia en línea. Nos enfocamos en facilitar la búsqueda y el uso de la información que necesita.

Ayuda en formatos accesibles e idiomas adicionales

Usted puede obtener el manual “Medicare y Usted” en un formato accesible sin costo alguno. Consulte la página 270. Para ayuda gratuita en un idioma que no sea inglés, consulte las páginas 324 – 327.

Contenido

Lo nuevo e importante _ 2

¿Cuáles son las partes de Medicare? _ 6

Sus opciones de Medicare _ 8

Resumen: Medicare Original vs. _ 10

Comencemos _ 16

Aproveche su cobertura _ 18

Sección 1: La inscripción en Medicare _ 21

Sección 2: Averigüe si Medicare paga por su servicio o artículo _ 45
Medicare y COVID-19 _ 80

Sección 3: Medicare Original _ 137

Sección 4: Los planes Medicare Advantage (MA) y otras opciones _ 147

Sección 5: Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) _ 179

Sección 6: Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) _ 191

Sección 7: Obtenga ayuda para pagar sus gastos de salud y medicamentos recetados _ 225

Sección 8: Conozca sus derechos y aprenda a protegerse del fraude _ 241

Sección 9: Si desea más información _ 273

Sección 10: Definiciones _ 299

Temas _ 309

Ayuda en otros idiomas _ 324

¿No encuentra lo que busca?

Consulte el índice de “Temas” que comienza en la página 309.

¿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 45 – 55.

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 56 – 132.

Parte D (Cobertura de Medicamentos)

Ayuda con los costos de medicamentos (incluso muchas de las vacunas recomendadas).

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

Vea las páginas 191 – 224.

Reemplace su tarjeta de Medicare

Si necesita reemplazar su tarjeta de Medicare porque está dañada o perdida, inicie sesión en (o cree) su cuenta segura de Medicare en **Medicare.gov** para imprimir u ordenar una copia oficial de su tarjeta de Medicare. También puede llamar al 1 800 633 - 4227 y solicitar que le envíen una tarjeta de reemplazo por correo. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877 486 - 2048.

Sus opciones de Medicare

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

Medicare Original

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

Vea la Sección 3, que comienza en la página 137 para aprender más sobre el Medicare Original.

Medicare Advantage (también conocido como la Parte C)

- Medicare Advantage es un plan aprobado por Medicare de una empresa privada que ofrece una alternativa al Medicare Original para su cobertura de salud y medicamentos. Este “conjunto” de planes incluyen las Partes A, B y usualmente la Parte D.
- En la mayoría de los casos, deberá usar médicos que están en la red del plan.
- Planes pueden tener costos de su bolsillo más bajos que el Medicare Original.
- Los planes pueden ofrecer algunos beneficios adicionales que el Medicare Original no cubre—como servicios para la visión, audición y dentales.

Vea la Sección 4, que comienza en la página 147, para aprender más sobre Medicare Advantage.

Resumen: Medicare Original vs. Medicare Advantage

Su elección de médico y hospital

Medicare Original

- Usted puede consultar cualquier médico u hospital que acepte Medicare en cualquier lugar de los Estados Unidos.
- En la mayoría de los casos **no se necesita** un **referido** para ver a un especialista.

Medicare Advantage (Parte C)

- En muchos casos, tendrá que usar los **médicos y proveedores que se encuentran en la red y el área de servicio del plan** (para cuidado que no es de emergencia). Algunos planes ofrecen cobertura que no es de emergencia fuera de la red, pero a un costo más alto.
- Puede que **necesite** un referido para ver a un especialista

Costo

Medicare Original

- Para los servicios cubiertos por la Parte B, **usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare** después de haber pagado su deducible. Esto se llama su **coseguro**.
- Usted **paga una prima (pago mensual) por la Parte B**. Si elige inscribirse en un plan de medicamentos, pagará una prima aparte por la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).
- **No hay un límite** de cuánto paga de su bolsillo anualmente, a menos que tenga cobertura suplementaria (como una póliza **Medigap**).
- Puede **obtener** Medigap para ayudar con los gastos directos de su bolsillo (20% del coseguro). O, puede usar la cobertura de un empleador o sindicato anterior, o Medicaid.

Medicare Advantage (Parte C)

- **Los gastos directos de su bolsillo varían**—los planes pueden tener costos de bolsillo diferentes para ciertos servicios.
- Usted paga la **prima mensual de la Parte B** y es posible que también deba pagar la **prima del plan**. Los planes pueden tener una prima de $0 y pueden ayudar a pagar la totalidad o Parte De la prima de la Parte B. La mayoría de los planes incluyen la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).
- 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.
- **No puede comprar ni necesita Medigap**.

Cobertura

Medicare Original

- Medicare Original cubre los **servicios médicamente necesarios** y suministros en hospitales, consultorios médicos y de atención médica. Medicare Original no cubre ciertos beneficios, como los exámenes de la vista, la mayoría del cuidado dental y exámenes de rutina. Vea la página 132.
- Puede inscribirse en un **Plan de Medicare para medicamentos (Parte D)** aparte para la cobertura de medicamentos.
- En la mayoría de los casos, no necesita autorización previa para servicios o suministros.

Medicare Advantage (Parte C)

- Los planes deben cubrir todos los servicios que cubre el Medicare Original. La mayoría de los planes ofrecen algunos **beneficios adicionales que Medicare Original no cubre**—como servicios para la visión, audición y dentales.

- **La cobertura Medicare de medicamentos (Parte D)** está incluida en la mayoría de los planes. En este tipo de **planes MA** no necesita inscribirse en un plan aParte De medicamentos de Medicare.
- En algunos casos, necesita consultar con el plan antes de obtener un servicio o suministro para averiguar si está cubierto por el plan.

Viaje al extranjero

Medicare Original

- El Medicare Original, por lo general, **no ofrece cobertura fuera de los Estados Unidos**. Usted necesita comprar un seguro suplementario que cubra el cuidado de emergencia fuera del país.

Medicare Advantage (Parte C)

- Los planes usualmente **no cubren el cuidado fuera de los Estados Unidos**. Algunos planes pueden ofrecer un beneficio adicional que cubre servicios de emergencia y urgencia cuando viaja fuera del país.

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

- **Medicare Original:** Vea la Sección 3 (página 137).
- **Medicare Advantage:** Vea la Sección 4 (página 147).
- **Seguro Suplementario de Medicare (Medigap):** Vea la Sección 5 (página 179).
- **Cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D):** Vea la Sección 6 (página 191).

- Fin de la página

Comencemos

Si es nuevo o ya tiene Medicare, es importante que:

- **Obtenga información sobre sus opciones de Medicare.** Hay 2 formas de obtener su cobertura de Medicare—Medicare Original (Parte A y Parte B) y Medicare Advantage. Vea las páginas 8 – 16 para más información.
- **Aprenda cómo y cuándo puede inscribirse.** Si no tiene la Parte A o B de Medicare, consulte la Sección 1 (página 21). Si no tiene la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D), consulte la Sección 6 (página 191). Puede haber una multa si no se inscribe cuando es elegible por primera vez. Si tiene otro seguro médico, vea las páginas 29 – 36 para averiguar cómo su seguro funciona con Medicare.
- **¡Marque en su calendario estas fechas importantes!** En la mayoría de los casos será su única oportunidad para hacer cambios a su cobertura.
  - **1 de octubre de 2021: 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 2021: Usted puede cambiar su cobertura de salud o de medicamentos para 2022, si así lo desea. Usted puede inscribirse, cambiar o dejar un plan MA o un plan de medicamentos de Medicare durante el Período de Inscripción Abierta cada año.**
- **1 de enero de 2022: Comienza la nueva cobertura si hizo un cambio.** Los nuevos costos y cambios a la cobertura existente también entran en vigencia si su plan hizo cambios.
- **1 de enero al 31 de marzo de 2022: Si está en un plan Medicare Advantage**, usted puede cambiar de plan o regresar al Medicare Original (e inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos independiente) una vez durante esta época. Cambios entrarán en vigor el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud (página 154).

Cada año, es importante revisar su cobertura de salud y medicamentos de Medicare y hacer cambios, si es necesario. Esto puede reducir los gastos de su bolsillo. No hay que inscribirse en Medicare anualmente, pero debe revisar sus opciones.

Las páginas 8 – 20 ofrecen un resumen de sus opciones de Medicare.

Aproveche su cobertura

Ayuda para seleccionar el plan adecuado:

- Obtenga orientación de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono de su SHIP local en las páginas 293 – 298. Un agente o corredor de confianza también puede ayudarlo.
- Llame al 1 800 633 - 4227, TTY 1 877 486 - 2048.
- Encuentre y compare planes de salud y medicamentos en **Medicare.gov/plan-compare**.

Aproveche al máximo su cuidado médico

Queremos darle la información necesaria para tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de su salud. Esto incluye darle acceso a estimaciones de costos precisas, e información de calidad por adelantado, para que pueda comparar y elegir los proveedores y servicios que le brinden el mejor valor.

Ayuda gratuita con sus preguntas de Medicare

Para preguntas generales sobre Medicare, visite **Medicare.gov** o llame al 1 800 633 - 4227. Vea las páginas 273 – 292 para ver otros recursos disponibles.

Servicios preventivos

Pregúntele a su médico u otro proveedor de la salud qué **servicios preventivos** (como exámenes, vacunas y pruebas) debe recibir. Medicare cubre muchos de los servicios preventivos. Vea las páginas 58 – 132 y busque la para más información.

Ayuda con los costos de cuidado médico

Para información sobre los programas que ayudan a pagar los costos, consulte las páginas 225 – 241.

Servicios de salud mental y por abuso de sustancias

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

- **Consejería para el abuso del alcohol:** Vea la página 61.
- **Servicios de integración de salud conductual** (como la depresión o ansiedad): Vea la página 64.
- **Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco:** Vea la página 79.
- **Depresión:** Vea la página 83.

- **Salud mental:** Vea página 107.
- **Opioides:** Vea la página 110.
- **Revisiones con su proveedor, si tiene una receta de opioides:** Vea la página 129.
- **Telesalud:** Vea la página 120.
- **Medicamentos (normas de cobertura):** Vea las páginas 207 – 213.
- **Controles de seguridad en la farmacia:** Vea la página 211.
- **Administración de medicamentos:** Vea la página 212.
- **Consejos importantes si le recetan opioides:** Vea la página 214.

Evite el papel

Ayude al contribuyente a ahorrar. Suprima una copia impresa cada otoño. Visite **Medicare.gov/gopaperless** para crear o iniciar sesión en su cuenta de **Medicare.gov** y cambiar al manual electrónico.

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 es menor de 65 años y está incapacitado, obtendrá las Partes A y B automáticamente, una vez 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 24.

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

Si se inscribe automáticamente, recibirá su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare por correo 3 meses antes de cumplir 65 años o en el mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. No necesita pagar una prima por la Parte A. Si no desea la Parte B, infórmenos antes de la fecha de inicio de cobertura en su tarjeta de Medicare. Si no toma acción, conservará la Parte B y tendrá que pagar las **primas** de la Parte B a través de sus beneficios del Seguro Social. **Puede optar por no conservar la Parte B, pero si decide que la desea más adelante, es posible que tenga que esperar para inscribirse y pagar una multa mientras tenga la Parte B** (página 39).

Si necesita reemplazar su tarjeta de Medicare porque está dañada o perdida, cree o inicie sesión en su cuenta de **Medicare.gov** para imprimir u ordenar una copia oficial de su tarjeta de Medicare. También puede usar la cuenta para administrar su información personal o cobertura (como formularios y reclamaciones).
Vea la página 273 para más información. Si necesita reemplazar su tarjeta porque cree que otra persona está usando su número, llame al 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), tendrá que inscribirse. Comuníquese con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir 65 años. También puede inscribirse en **socialsecurity.gov/benefits/medicare**. Si trabajó para los ferrocarriles, debe inscribirse llamando a RRB.

En la mayoría de los casos, si no se inscribe cuando es elegible para la Parte B por primera vez, puede haber un retraso en obtener cobertura de Medicare en el futuro, y **tendrá que pagar la multa por inscripción tardía mientras tenga la Parte B** (página 39).

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

¡Importante!

Si vive en Puerto Rico y recibe los beneficios del Seguro Social o de RRB, recibirá los beneficios de la Parte A automáticamente el primer día del mes en que cumpla 65 años o después del mes 24 de sus beneficios por incapacidad. Sin embargo, si desea la Parte B tendrá que inscribirse usando el Formulario CMS-40B "Solicitud de Inscripción en la Parte B". Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, **tendrá que pagar la multa por inscripción tardía mientras tenga la Parte B** (página 39). Visite **Medicare.gov/forms-help-resources/medicare-forms** para obtener el formulario en inglés o español.

¿Para 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 para su SHIP local aparece en las páginas 293 – 298.

Una vez que esté inscrito en Medicare, es hora de analizar sus opciones. Las personas obtienen cobertura de diferentes formas. Aproveche al máximo su cobertura. Revise todas sus opciones y encuentre la adecuada. Vea las páginas 10 – 17 para más información.

Si no me inscriben automáticamente, ¿cuándo puedo inscribirme?

Si no está inscrito en la **Parte A libre de prima** (por ejemplo, porque todavía está trabajando y aún no recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario RRB), puede inscribirse en la Parte A libre de prima (si es elegible) una vez comience el Período Inicial de Inscripción. Vea la página 37 para más información.

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

¡Importante!

Recuerde, en la mayoría de los casos, si no se inscribe en la Parte A (si tiene que comprarla) y Parte B cuando es elegible por primera vez, su inscripción puede retrasarse y tendrá que pagar la multa por inscripción tardía (páginas 37 – 40).

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

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

Período Inicial de Inscripción

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

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

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

Período Especial de Inscripción

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

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

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

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

¡Importante!

La cobertura de COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria), o de un plan médico para jubilados o individual (como un plan a través del Mercado de Seguros Médicos), no se considera cobertura médica basada en su empleo actual. Pueden haber razones por las que debería inscribirse en la Parte B en lugar de, o además de, la cobertura de COBRA. 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. Su cobertura actual podría no pagar los servicios médicos que recibe si no tiene las Partes A y B. Para más información sobre COBRA, vea la página 219.

Período General de Inscripción

Si tiene que pagar por la Parte A pero no se inscribió y/o no se inscribe en la Parte 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 37 – 40.

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

Tengo otra cobertura. ¿Debo comprar la Parte B?

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

Cobertura de Empleador o Sindicato

Si usted o su cónyuge (o un familiar si usted tiene una incapacidad) **está trabajando** y usted tiene cobertura médica a través del empleador o sindicato, comuníquese con el administrador de beneficios para averiguar cómo trabaja dicho seguro con Medicare (página 34). Esto incluye empleo federal o estatal y servicio militar activo. Tal vez le convenga esperar para inscribirse en la Parte B.

Cobertura basada en su empleo actual no incluye:

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

TRICARE

Si tiene TRICARE (cobertura médica para militares activos y retirados incluyendo sus familias), **deberá inscribirse en las Partes A y B cuando es elegible por primera vez**, **para quedarse con la cobertura de TRICARE.** Sin embargo, si es un miembro en servicio o el familiar de un miembro activo, no tiene que estar inscrito en la Parte B para quedarse con la cobertura de TRICARE (página 219).

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

Medicaid

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

Llame a su oficina de Medicaid (Oficina Estatal de Asistencia Médica) para obtener más información y ver si califica. Visite **Medicare.gov/talk-to-someone** para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado.

Mercado de Seguros Médicos

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

Estos son algunos puntos importantes si tiene cobertura del Mercado:

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

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

Cuenta de Ahorros (HSA, en inglés)

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

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

Nota: Una Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA, en inglés) es similar al plan HSA. Vea la página 158.

Para más información sobre la multa por inscripción tardía de la Parte B, vea la página 39.

¿Cómo funciona mi otro seguro con Medicare?

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

- Si tiene un seguro de **jubilado** (de su antiguo empleador o el de su cónyuge)… Medicare paga primero.
- Si tiene 65 años o más, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador **actual** o de su cónyuge y el empleador tiene **20 o más empleados**… Su seguro de salud grupal paga primero.
- Si tiene 65 años o más, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador **actual** o de su cónyuge y el empleador tiene **menos de 20 empleados**… Medicare paga primero.
- Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador **actual** o un familiar y el empleador tiene **100 o más empleados**… Su seguro de salud grupal paga primero.
- Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador **actual** o de su cónyuge y el empleador tiene **menos de 100 empleados**… Medicare paga primero.

- Si tiene cobertura de salud grupal por su empleo actual o anterior, o por un miembro de su familia, y usted es elegible para Medicare porque padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)... Su plan de salud grupal paga primero durante los 30 primeros meses de su elegibilidad para Medicare; después del período de 30 meses, Medicare será el pagador primario.
- Si tiene Medicaid... Medicare paga primero.

¡Importante!

Si está trabajando y tiene cobertura de empleador a través de su empleo, comuníquese con su empleador para averiguar cómo la cobertura de su empleador funciona con Medicare.

A continuación, se incluyen algunos datos importantes sobre cómo funcionan otros seguros con los servicios cubiertos por Medicare:

- El seguro que paga primero (pagador primario) paga hasta el límite de su cobertura.
- El seguro que paga segundo (pagador secundario) sólo paga los costos que no cubre el pagador primario.

- Puede que el pagador secundario (que podría ser Medicare) no cubra todos los gastos que no pagó el pagador primario.
- Si su plan de salud grupal o cobertura de salud para jubilados es el pagador secundario, usted tendrá que inscribirse en la Parte B antes de que el seguro pague.

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

¡Importante!

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

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

¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte A?

Por lo general no paga una **prima** mensual por la Parte A si usted o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban. A esto se le conoce como la Parte A sin prima o libre de cargos. Si no es elegible para la Parte A sin el pago de la prima, podría comprar la Parte A. Para más información sobre cómo pagar su prima de la Parte A, vea la página 41.

Si usted compra la Parte A, pagará una prima de $259 o $471 por mes en 2021*, dependiendo de cuánto tiempo usted, o su cónyuge, haya trabajado y pagado los impuestos de Medicare. Si necesita ayuda para pagar su prima de la Parte A, vea las páginas 227 – 235.

*Las primas para la Parte A de Medicare para 2022 no estaban disponibles al momento de impresión. Para la información actualizada, visite **Medicare.gov** este otoño.

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, si es elegible.

Multa por inscripción tardía en la Parte A

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

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

¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?

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

*Las **primas** para la Parte B de Medicare para 2022 no estaban disponibles al momento de impresión. Para obtener información actualizada, visite **Medicare.gov** este otoño.

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

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

Nota: También pagará una cantidad adicional por su prima de la Parte D si su ingreso bruto ajustado modificado está por encima de cierta cantidad (página 198).

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.

¡Importante!

Multa por inscripción tardía en la Parte B

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, quizá tenga que pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga la Parte B. La prima mensual de la Parte B podría aumentar hasta un 10% por cada período de 12 meses en los que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Por lo general, usted no paga esta multa si cumple ciertos requisitos que le permitan inscribirse en la Parte B durante un Período Especial de Inscripción (página 18).

Ejemplo: El Período Inicial de Inscripción del Sr. Torres terminó en diciembre de 2018. El Sr. Torres esperó para inscribirse en la Parte B hasta el Período General de Inscripción en marzo del 2021. Su cobertura comienza el 1 de julio de 2021. La multa de la prima de la Parte B es de 20%. (Si bien el Sr. Torres esperó un total de 27 meses antes de inscribirse, solamente se tienen en cuenta 2 períodos completos de 12 meses). Tendrá que pagar dicha multa mientras tenga la Parte B.

Costos y cobertura

Para saber cómo obtener ayuda con los costos de Medicare, consulte la Sección 7, que comienza en la página 225.

¿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 1 800 633 - 4227, TTY 1 877 486 - 2048 para hacer el pedido.

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

1. **Pague en línea con tarjeta de crédito o débito, cuenta corriente o de ahorros.** Para hacer esto, inicie sesión en su cuenta segura de **Medicare.gov** (o cree una cuenta). Pagar en línea es una forma segura y rápida de realizar su pago sin enviar su información personal por correo. Recibirá un número de confirmación cuando haga su pago.
2. **Pague directamente usando su cuenta corriente o de ahorros a través de los servicios de pago de facturas en línea de su banco.** Pregúntele a su banco si le permite a los clientes pagar sus facturas en línea. No todos los bancos ofrecen este servicio y algunos pueden cobrarle por el servicio. Tendrá que darle al establecimiento esta información:
   - **Su número de Medicare:** Es importante que use el número exacto en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare sin los guiones.
   - **Nombre del facturador:** CMS Medicare Insurance
   - **Dirección de pago:**
     Medicare Premium Collection Center
     P.O. Box 790355
     St. Louis, MO 63179-0355

3. **Puede inscribirse en el servicio Pago Fácil (Easy Pay),** un servicio gratuito que deduce automáticamente la cantidad de la prima de su cuenta corriente o de ahorro. Para más información visite **Medicare.gov** y busque "Pago Fácil" o llame al 1 800 633 - 4227 (TTY: 1 877 486 - 2048).
4. **Envíe su pago a Medicare por correo.** Puede pagar con cheque, giro postal, tarjeta de crédito o tarjeta de débito. Escriba su número de Medicare en su pago y complete su cupón de pago. Envíe el pago con su cupón a:

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

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

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

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

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

¡Importante!

Si necesita ayuda para pagar su prima de la Parte B, vea las páginas 231 – 234.

- Fin de la página

Notas

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

¿Cuáles son los servicios que cubre Medicare?

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

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

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

Las palabras subrayadas se definen en las páginas 299 – 308.

Nota: Si no se está legalmente en los Estado Unidos, Medicare no pagará sus reclamaciones de la Parte A y Parte B, y no puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué cubre la Parte A?

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

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

Vea las páginas 47 – 55 para una lista de servicios cubiertos por la Parte A y sus descripciones.

Para más información sobre los servicios cubiertos por la Parte A, visite **Medicare.gov/coverage**.

Costos y cobertura

Descubra lo que está cubierto usando su dispositivo móvil

Para obtener información sobre la cobertura de Medicare, 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 A

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

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

Los servicios cubiertos por la Parte A

Sangre

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

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

La Parte A y/o la Parte B cubre el cuidado de salud en el hogar. Vea la página 100.

Cuidado de hospicio

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

La cobertura incluye:

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

Por lo general, el cuidado de hospicio certificado por Medicare, se brinda en su hogar o en una residencia (como un asilo para ancianos) si ese es su hogar. Medicare seguirá pagando los beneficios cubiertos por cualquier problema de salud que no sea Parte De su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, pero el cuidado de hospicio cubrirá la mayor Parte De su cuidado.

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

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

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

Medicare Original cubrirá su cuidado de hospicio, incluso si está inscrito en un **plan Medicare Advantage**. Cuando recibe cuidados paliativos, su plan Medicare Advantage puede cubrir servicios que no son Parte De su enfermedad terminal o cualquier condición relacionada con su enfermedad terminal. Comuníquese con su plan para más información.

Estadía en el hospital (internación)

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

- Usted paga un **deducible** y no le cobrarán un **coseguro** por una estadía de 1 – 60 días por cada **período de beneficio**.
- De 61 – 90 días le cobrarán un **coseguro** por día por cada período de beneficio.

- Usted tiene que pagar un **coseguro** por los "**días de reserva vitalicios**" después de los 90 días por cada período de beneficio (hasta 60 días de por vida).
- Después de los días de reserva vitalicios, usted paga todos los costos diarios.

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

Nota: Los hospitales deben hacer públicos los cargos estándar de todos sus servicios y artículos (incluidos los cargos de los planes MA) para ayudarle a tomar decisiones más informadas sobre su cuidado.

¿Es usted un paciente internado o ambulatorio?

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

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

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

Un Aviso para Pacientes Ambulatorios de Medicare sobre servicios de Observación (MOON, en inglés) le permite saber si es un paciente ambulatorio en un hospital u **hospital de acceso crítico**. Usted debe recibir este aviso si está recibiendo servicios ambulatorios de observación por más de 24 horas. El aviso le informará por qué es un paciente ambulatorio. 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 califican para recibir los servicios en un hospital o **centro de enfermería especializada**. 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 que no requieren una orden del médico o receta.

Cuidado en un centro de enfermería especializada

Medicare cubre la habitación semi privada, comidas, enfermería especializada y terapia, y otros servicios e insumos médicos sólo después de una estadía mínima de 3 días en el hospital por **motivos médicos** (sin incluir el día que sale del hospital), por una enfermedad o lesión relacionada. **Nota:** Es posible que no necesite estar 3 días en el hospital si tiene un **plan MA**, su médico participa en una **Organización Responsable de la Salud** (u otro tipo de iniciativa de Medicare) aprobada para una exención de la pauta de 3 días en un centro de enfermería especializada. Vea la página 280.

Puede recibir cobertura de cuidado de enfermería o terapia especializada si es necesaria para mejorar o mantener su condición actual. Si el centro decide darle de alta únicamente por falta de mejora, aunque aún necesite cuidado de enfermería o terapia especializada para evitar que su condición empeore, puede apelar. Vea la página 251 para conocer sus derechos cuando piense que está siendo dado de baja demasiado pronto.

Para recibir cuidado en un centro, su médico debe indicar que necesita servicios diarios de enfermería especializada (como la aplicación de inyecciones intravenosas o terapia física) que sólo puede proporcionarse en un centro de enfermería especializada. Medicare no cubre el cuidado a largo plazo (páginas 132 –135).

- Usted no paga por los primeros 20 días de cada **período de beneficio**. (**Nota:** Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, es posible que se le cobren copagos durante los primeros 20 días).
- De 21 – 100 días paga un **coseguro** por cada período de beneficio.
- Después de los 100 días usted paga todos los costos en cada período de beneficio.

- Fin de la página

¿Qué cubre la Parte B?

La Parte B (seguro médico) ayuda a pagar los servicios del médico, cuidado para pacientes ambulatorios, cuidado de la salud en el hogar, equipo médico duradero, servicios de salud mental y otros servicios **necesarios por razones médicas**. La Parte B también cubre muchos **servicios preventivos**. Las páginas 58 – 132 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 1 800 633 - 4227, TTY 1 877 486 - 2048. Para más información sobre los servicios cubiertos por la Parte B, visite **Medicare.gov/coverage**.

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

La lista en las páginas siguientes le brinda información general sobre lo que tiene que pagar en el Medicare Original si recibe los servicios de proveedores que aceptan la **asignación** (página 147). Usted pagará más si sus médicos no aceptan la asignación. **Si está inscrito en un plan Medicare Advantage o si tiene otro seguro médico (como Medigap, Medicaid o cobertura de un empleador o sindicato), sus copagos, deducibles y coseguro podrían ser diferentes.**

En el Medicare Original, si se aplica el deducible de la Parte B ($203 en 2021), usted tendrá que pagar todos los costos (de la **cantidad aprobada por Medicare**) hasta que haya cubierto la cantidad del deducible anual. Después de alcanzar su deducible, Medicare comenzará a pagar la porción que le corresponde y usted pagará generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para dicho servicio, si su médico acepta la asignación. **No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo.** Puede haber límites en los gastos que paga a través de la cobertura suplementaria que pueda tener, como Medigap, Medicaid o la cobertura del empleador o sindicato.

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

Los servicios cubiertos por la Parte B

Servicio preventivo

Examen de aneurisma abdominal aórtico

Medicare cubre una ecografía una sola vez si está en riesgo (necesita un **referido** de su médico u otro proveedor médico calificado). Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su proveedor acepta la **asignación**.

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

Acupuntura

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

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

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

Nota: Medicare no cubre la acupuntura (incluida la punción en seco) para cualquier afección que no sea dolor lumbar crónico.

Planificación de instrucciones anticipadas

Medicare cubre la planificación de instrucciones anticipadas (voluntades anticipadas) como Parte De la visita anual de “Bienestar” (página 128). 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.

Considere cuidadosamente quién desea que hable por usted y qué indicaciones desea darle a esa persona. No debe sentirse obligado a ir en contra de sus valores y preferencias, y tiene derecho a llevar a cabo sus planes sin discriminación por su edad o incapacidad. Puede actualizar sus instrucciones en cualquier momento. Usted no paga si se proporciona como Parte De la visita anual de “Bienestar” y el médico u otro proveedor calificado acepta la asignación.

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

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

Servicio preventivo

Consejería sobre el abuso del alcohol

Medicare cubre una evaluación sobre el abuso del alcohol una vez al año para los beneficiarios adultos (incluso mujeres embarazadas) que consumen alcohol, pero que no responden al criterio de alcoholismo. Si su proveedor primario 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 primario calificado acepta la **asignación**.

Servicio de ambulancia

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

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

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

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

Centros de cirugía ambulatoria

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

Costos y cobertura

Visite **Medicare.gov/procedure-price-lookup** para los costos estimados de procedimientos ambulatorios.

¡Nuevo!

Cirugía bariátrica

Medicare cubre algunos procedimientos relacionados con la cirugía bariátrica, como la cirugía de derivación gástrica y cerclaje laparoscópico, si cumple con ciertos requisitos relacionados con la obesidad mórbida.

Servicios de integración de salud conductual

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

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

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

Sangre

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

Servicio preventivo

Densitometría 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**.

Rehabilitación cardíaca

Medicare cubre programas integrales de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería si cumple con una de estas condiciones:

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

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

Servicio preventivo

Terapia del comportamiento cardiovascular

Medicare cubre una consulta de terapia del comportamiento cardiovascular una vez al año con su **médico primario** u otro profesional autorizado en un entorno de cuidado primario (como un consultorio médico). Para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante la visita, su médico puede hablarle sobre los beneficios de tomar aspirina (si fuera apropiado), controlar su presión arterial y le dará consejos sobre cómo alimentarse correctamente. Usted no tendrá que pagar por este servicio si su médico acepta la **asignación**.

Servicio preventivo

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.

Servicio preventivo

Evaluación para la detección del cáncer vaginal y cuello uterino

Medicare cubre la evaluación para la detección del cáncer cervical y 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.

Medicare también cubre las pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH) (como Parte De la 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, prueba de HPV con el Papanicolaou, recolección de la muestra, 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, clínica independiente o en el departamento ambulatorio del hospital si tiene 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 51 – 53.

- Fin de la página

Servicios quiropráctico s

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 quiropráctico s no cubiertos, llame a Medicare al 1 800 633 - 4227 para informar sospechas de fraude. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877 486 - 2048.

Administración para el cuidado de enfermedades crónicas

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

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

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. Visite **Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies** para más información.

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

¡Nuevo!

Evaluación cognitiva y servicios del plan de cuidado

Cuando consulta a su proveedor para una visita (incluida en su visita anual de “Bienestar”), se le puede realizar una evaluación cognitiva para buscar signos de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer. Los signos de deterioro cognitivo incluyen problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, administrar las finanzas o tomar decisiones sobre su vida cotidiana. Condiciones como la depresión, ansiedad y delirio también pueden causar confusión, por lo que es importante comprender por qué puede tener síntomas.

Medicare cubre una visita separada con su médico de cabecera o especialista para realizar una revisión completa de su función cognitiva, establecer o confirmar un diagnóstico como demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer, y desarrollar un plan de cuidado. Puede traer a alguien con usted, como su cónyuge, amigo o cuidador, para ayudar a proporcionar información y responder preguntas.

Durante esta consulta, su médico puede:

- Realizar un examen, hablar con usted sobre su historial médico y revisar sus medicamentos.
- Crear un plan de cuidado que lo ayude a abordar y controlar sus síntomas.
- Ayudarle a desarrollar o actualizar su plan de instrucciones anticipadas. Vea la página 60.
- Referirlo a un especialista, si es necesario.
- Ayudarle a comprender más sobre los recursos comunitarios, como los servicios de rehabilitación, los programas de salud diurnos para adultos y grupos de apoyo.

El **deducible** y **coseguro** de la Parte B aplican.

Servicio preventivo

Examen para la detección de cáncer colorrectal

Estas pruebas pueden detectar crecimientos precancerosos y prevenir el cáncer colorrectal a tiempo cuando el tratamiento es más eficaz. Medicare puede cubrir uno o más de los exámenes siguientes:

- **Enema de bario:** Una vez cada 48 meses si tiene 50 años o más (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses) cuando se usa en lugar de una sigmoidoscopia o de una colonoscopía. Usted paga 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico. Como paciente ambulatorio del hospital tendrá que pagar el **copago** que cobra el hospital. El deducible de la Parte B no aplica.

  Para más información, visite **Medicare.gov/coverage/barium-enemas**.

- **Colonoscopía:** Una vez cada 120 meses (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses) o 48 meses después de la sigmoidoscopia flexible previa. No hay edad mínima. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la **asignación**.

  Nota: Si su médico elimina un pólipo u otro tejido durante la colonoscopía, tendrá 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.

- **Sangre oculta en la materia fecal**: Si tiene 50 años o más, una vez cada 12 meses. El examen es gratis si su médico o proveedor de la salud autorizado acepta la asignación.

- **Sigmoidoscopia flexible:** Si tiene 50 años o más, una vez cada 4 años (48 meses) o 120 meses después de la colonoscopía anterior para aquellas personas que no son de alto riesgo. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico o proveedor autorizado acepta la asignación.

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

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

¡Nuevo!

- **Prueba de biomarcadores en sangre:** Medicare cubre esta prueba de laboratorio en ciertos casos, una vez cada 3 años si cumple con todas estas condiciones:
  - Está entre las edades 50-85.
  - No muestra síntomas de enfermedad colorrectal.
  - Con un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal.

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

Dispositivos, accesorios y 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 cumple con ciertas condiciones y la terapia le está resultando útil.

Usted paga 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para el alquiler de la máquina y adquisición de suministros 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 reemplazo de la máquina de CPAP y/o los accesorios, siempre que cumpla con ciertos requisitos.

Servicio preventivo

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

Medicare cubre hasta 8 sesiones personales de asesoramiento en un período de 12 meses si usa tabaco. Usted no paga por las sesiones para dejar de fumar si su médico o proveedor autorizado acepta la **asignación**.

¡Nuevo!

Medicare y COVID-19

Su salud y seguridad son nuestra máxima prioridad ante la emergencia de salud pública por coronavirus 2019 (COVID-19). Muchas personas con Medicare corren un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave debido al COVID-19, por lo que es importante tomar las medidas necesarias para protegerse a sí mismo y a los demás.

Medicare cubre varios artículos y servicios relacionados al COVID-19. Hable con su médico o proveedor de salud para saber cuál de las siguientes opciones es la adecuada para usted:

- **Vacunas:**
  - Las vacunas aprobadas por la FDA ayudan a reducir el riesgo de enfermedades por COVID-19 al trabajar con las defensas naturales del cuerpo para desarrollar de manera segura la protección (inmunidad) contra el virus.
  - La vacuna es gratis.

- Asegúrese de llevar consigo su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare cuando reciba la vacuna para que su proveedor de la salud o farmacia puedan facturar a Medicare. Necesitará su tarjeta de Medicare incluso si está inscrito en un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare.

- **Pruebas de diagnóstico:**
  - Estas pruebas autorizadas por la FDA verifican si tiene COVID-19.
  - El examen es gratis durante la emergencia de salud pública COVID-19 cuando se administra por un laboratorio, farmacia, médico u hospital, y cuando Medicare cubre este examen en su área local.

- **Pruebas de anticuerpos:**
  - Estas pruebas autorizadas por la FDA ayudan a descifrar si ha desarrollado una respuesta inmune y no está en riesgo inmediato de reinfección con COVID-19.
  - Esta prueba es gratis durante la emergencia de salud pública COVID-19.

- **Tratamientos de anticuerpos monoclonales:**
  - Estos tratamientos autorizados por la FDA implican una infusión de anticuerpos monoclonales para tratar COVID-19.
  - El tratamiento es gratis durante la emergencia de salud pública por COVID-19 cuando recibe el tratamiento de un proveedor o profesional de Medicare. Debe cumplir con ciertos requisitos para calificar.

Para más información

- Para más información sobre los servicios cubiertos y cómo Medicare está manejando la emergencia por COVID-19, visite **Medicare.gov/medicare-coronavirus**.
- Para más información sobre COVID-19, visite **CDC.gov/coronavirus**.

Desfibrilador

Medicare puede cubrir un desfibrilador automático implantable si ha sido diagnosticado 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 51 – 53.

Servicio preventivo

Evaluación de depresión

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

Servicio preventivo

Evaluación de diabetes

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

Servicio preventivo

Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes

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

Equipos y suministros para la diabetes y calzado terapéutico

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

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

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

Servicios médicos

Medicare cubre los servicios del médico (incluidos ciertos servicios que recibe en el hospital y como paciente ambulatorio) que sean **necesarios por razones médicas** y los **servicios preventivos** cubiertos. Medicare también cubre los servicios de otros proveedores, como asistentes médicos, enfermeras practicantes, trabajadores sociales clínicos, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla y el lenguaje y psicólogos clínicos. Excepto por ciertos servicios preventivos (que son gratuitos si su médico acepta la **asignación**), usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el **deducible** de la Parte B.

Medicamentos

La Parte B cubre un número limitado de medicamentos para pacientes ambulatorios, como las inyecciones que le aplican en el consultorio médico, ciertos medicamentos orales para el cáncer y los que se usan con cierto equipo médico duradero (nebulizadores o bombas de infusión externas), medicamentos inmunosupresores (página 123); y en pocas circunstancias, algunos medicamentos que recibe como paciente ambulatorio en el hospital. Para algunos medicamentos utilizados con una bomba de infusión externa, Medicare también puede cubrir servicios (visitas de enfermería) bajo el beneficio de terapia de infusión en el hogar (página 101). La Parte B también cubre algunos medicamentos inyectables o implantables para tratar el trastorno por uso de opioides cuando un proveedor lo administra en un consultorio médico o en un hospital como paciente ambulatorio. Usted no tendrá que pagar un **copago** por estos servicios si los recibe de un programa de tratamiento de opioides inscrito en Medicare (página 110). Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los medicamentos cubiertos y tiene que haber pagado el **deducible** de la Parte B.

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

Para otros ejemplos que no sean los mencionados anteriormente, usted paga el 100% de la mayoría de los medicamentos, a menos que tenga la Parte D u otra cobertura de medicamentos. Si desea más información, vea las páginas 191 – 224.

Equipo Médico Duradero (DME)

Medicare cubre los artículos médicamente necesarios 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. La mayoría de los artículos se deben alquilar, pero algunos también se pueden comprar o convertirse en su propiedad después de que se haya realizado una cierta cantidad de pagos de alquiler. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y tiene que haber pagado el **deducible** de la Parte B.

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

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

Visite **Medicare.gov/supplierdirectory** para ver si vive o está visitando un área de oferta competitiva, o para encontrar proveedores que acepten la asignación. El directorio de proveedores mejorado de Medicare incluye nuevas características y funcionalidades para ayudarle a:

- Personalizar su búsqueda con la información que necesita y comparar hasta 3 proveedores a la vez.
- Encontrar fácilmente equipos y suministros médicos utilizando descripciones en un lenguaje sencillo.
- Encontrar proveedores en su área que ofrezcan los productos que necesita utilizando un mapa interactivo.

Llame al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877 486 - 2048. También puede llamar al 1 800 633 - 4227 si tiene problemas con su proveedor de DME o si necesita presentar una queja.

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" (página 128). 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 (página 121). 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. También debe pagar el deducible de la Parte B. Sin embargo, los costos podrían variar si lo admiten al hospital.

Visitas virtuales

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

Hable con su médico o proveedor de la salud para comenzar este tipo de servicios. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el **deducible** de la Parte B.

Anteojos

Medicare paga por un par de anteojos de marco común (o un par de lentes de contacto) si se somete a una cirugía de cataratas con implante de un lente intraocular. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y 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.

Servicio preventivo

Vacuna contra la gripe/influenza

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

Cuidado de los pies

Medicare cubre los exámenes y tratamientos anuales para los pies si tiene daño en el nervio de la parte inferior de la pierna relacionado con la diabetes que puede aumentar el riesgo de pérdida de una extremidad. Esto puede ser un tratamiento médicamente necesario para lesiones en el pie o enfermedades, como dedo en martillo, deformidades en juanetes y espolones en el talón. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para tratamiento médicamente necesario (aprobado por su médico) y el **deducible** de la Parte B. Le cobrarán un **copago** por los servicios ambulatorios que reciba en el hospital.

- Fin de la página

Servicio preventivo

Examen de glaucoma

Medicare paga por este examen cada 12 meses para aquellos beneficiarios de alto riesgo. Se le considera en 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 ser hecho o supervisado por un oculista 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 equilibrio

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

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

Servicio preventivo

Vacuna contra la hepatitis B

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

Servicio preventivo

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

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

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

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

Las pruebas para el virus de hepatitis B están cubiertas:

- Anualmente para aquellos con alto riesgo continuo y no reciben una vacuna contra la hepatitis B.
- Si está embarazada:
  - 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**.

- Fin de la página

Servicio preventivo

Prueba de detección de hepatitis C

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

- La persona es de alto riesgo porque usa o usó drogas ilícitas.
- Tuvo una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945 y 1965.

Medicare también cubre exámenes anuales para aquellos 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 su médico o proveedor autorizado acepta la **asignación**.

Servicio preventivo

Examen del VIH

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

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

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

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

- Fin de la página

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 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. 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.

Medicare cubre los servicios de salud en el hogar siempre que necesite servicios especializados a tiempo parcial o intermitentes y mientras esté “confinado a su hogar”, lo que significa:

- Tiene dificultad para salir de su casa sin ayuda (necesita el uso de un bastón, silla de ruedas, andador o muletas; transporte especial; o la ayuda de otra persona) debido a una enfermedad o lesión.

- No se recomienda que salga de su hogar debido a su condición médica.
- Normalmente no sale del hogar porque hacerlo significa un gran esfuerzo.

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

Servicios de terapia de infusión a domicilio

Medicare cubre equipos y suministros (como una bomba, tubos intravenosos y catéteres) para la terapia de infusión en el hogar para administrar ciertos medicamentos de infusión (por vía intravenosa) en el hogar. Ciertos equipos y suministros (como la bomba de infusión) y el medicamento de infusión están cubiertos por el beneficio del Equipo Médico Duradero (página 89). La Parte B de Medicare también cubre servicios (como visitas de enfermeras), entrenamiento para cuidadores y monitoreo. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por estos servicios.

Servicios e insumos para diálisis renal

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

Educación sobre 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** (por sesión si recibe el servicio de un médico u otro proveedor calificado) y el deducible de la Parte B.

Servicios de laboratorio

Medicare cubre ciertos análisis de sangre, análisis de orina, pruebas en muestras de tejidos y evaluaciones. Por lo general, usted no paga por estos exámenes.

Servicio preventivo

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 su médico.

Usted no paga por este servicio si su médico 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 autorizado adecuada para usted.

Servicio preventivo

Mamografías

Medicare cubre una mamografía cada 12 meses si es una mujer de 40 años o más para detectar el cáncer de mama. Medicare cubre una mamografía inicial 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.

- Fin de la página

Servicio preventivo

Programa 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 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 para personas con desafíos y metas similares.

Una vez que complete las sesiones principales, recibirá:

- 6 meses 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, todas estas condiciones deben aplicar:

- La Parte B.
- Tiene un resultado en la prueba de hemoglobina A1c entre 5.7 y 6.4%, una glucosa en plasma en ayunas de 110-125 mg/dL, o una glucosa en plasma tras 2 horas de 140-199 mg/dL (prueba oral de tolerancia a la glucosa) dentro de los 12 meses anteriores a la primera sesión principal.
- Un índice de masa corporal (IMC) de 25 o más (IMC de 23 o más, si es asiático).
- Nunca ha sido diagnosticado con diabetes tipo 1 o tipo 2 o en etapa final de Enfermedad Renal (ESRD).
- Nunca ha participado 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/talk-to-someone**.

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. Estas visitas a menudo se denominan como consultas o terapias. 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 hospitalización parcial, que son servicios intensivos de salud mental ambulatorios brindados durante el día. Los servicios de hospitalización parcial se brindan a través de un departamento ambulatorio del hospital o un centro comunitario de salud mental. Para más información, visite **Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization**.

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

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

Servicio preventivo

Terapia de nutrición

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

- Fin de la página

Servicio preventivo

Terapia conductual para la obesidad

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

Terapia ocupacional

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

Servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides

Medicare cubre los servicios de tratamiento del trastorno por uso de opioides en los programas de tratamiento con opioides. Los servicios incluyen medicamentos (como la metadona, buprenorfina, naltrexona y naloxona), asesoramiento, pruebas de drogas, terapia individual y grupal, actividades de admisión y evaluaciones periódicas. Los servicios de asesoramiento y terapia también están cubiertos en persona y virtualmente (utilizando tecnología de audio y video, como su teléfono o computadora).

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

111 _ Sección 2: Averigüe si Medicare paga por su servicio o artículo

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

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

Servicios ambulatorios del hospital

Medicare cubre muchos servicios de diagnóstico y tratamientos que recibe como paciente ambulatorio en un hospital participante de Medicare. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por los servicios del médico u otro proveedor de la salud. Puede que pague más por los servicios médicos 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.

Costos y cobertura

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

Servicios ambulatorios médicos, quirúrgicos e insumos

Medicare cubre los procedimientos aprobados como radiografías, suturas, escayolas, yesos o cirugías ambulatorias. 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, mejorar o mantener las capacidades actuales o disminuir decaimiento, cuando su médico u otro proveedor de la salud certifica que lo necesita. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Servicio preventivo

Vacuna neumocócica

Medicare cubre dos inyecciones diferentes para prevenir la infección por neumococos (como ciertos tipos de pulmonía). Las dos 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**.

Servicio preventivo

Examen de la próstata

Medicare cubre exámenes rectales digitales y análisis de sangre de antígeno prostático específico (PSA) una vez cada 12 meses para hombres mayores de 50 (a partir del día en que cumple 50 años). El PSA es gratis. Usted tiene que pagar el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por el examen dígito rectal y el **deducible** de la Parte B. Si se lo hacen en el departamento ambulatorio del hospital, le cobrarán un **copago**.

Prótesis y aparatos ortopédicos

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

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

¡Importante!

Programa de Oferta Competitiva de Equipo Médico Duradero, Prostéticos, Ortóticos y Suministros (DMEPOS): Usted necesita utilizar proveedores específicos llamados “proveedores contratados” para que Medicare cubra los aparatos ortopédicos para la espalda o rodillas. Si no, usted pagará el precio completo. Vea la página 89 para más información.

Rehabilitación pulmonar

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

Servicios médicos rurales

Las clínicas de salud rurales ofrecen **servicios preventivos** y de cuidado primario ambulatorios en zonas rurales y desatendidas. Por lo general, usted paga el 20% excepto por los servicios preventivos gratuitos y el deducible de la Parte B.

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.

- Fin de la página

Servicio preventivo

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/o 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:

- Vacuna contra la gripe. Página 93.
- Vacuna contra la Hepatitis B. Página 98.
- Vacuna neumocócica. Página 114.
- Vacuna contra la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Página 80.

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

Servicios de patología del lenguaje/habla

Medicare cubre los servicios **médicamente necesarios** para recuperar y fortalecer las destrezas del habla y del lenguaje, incluidas las destrezas cognitivas y la habilidad para tragar, mejorar o 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 **médicamente necesarios** 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 ciertos servicios de telesalud proporcionados por un médico u otro proveedor de la salud que se encuentra en otro lugar utilizando tecnología de audio y video, como su teléfono o computadora. La telesalud puede ofrecer muchos servicios que generalmente ocurren en persona, incluyendo visitas médicas, psicoterapia, consultas y otros servicios médicos o de salud, pero sólo cuando se encuentra en una oficina u otro centro médico ubicado en un área rural.

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

- Visitas mensuales de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) para diálisis en el hogar.

- Para el diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo donde quiera que esté, incluso en una unidad de accidente cerebrovascular móvil.
- Servicios para tratar el abuso de sustancias o un trastorno de salud mental relacionado desde el hogar.

Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B. Para la mayoría de estos servicios, pagará la misma cantidad que pagaría si recibiera los servicios en persona.

Compare

Los **planes Medicare Advantage** y proveedores que forman Parte De ciertas **Organizaciones Responsables del Cuidado de Salud (ACOs)** pueden ofrecer más beneficios de telesalud que el Medicare Original. Estos beneficios estarán disponibles sin importar dónde se encuentre, y puede usarlos en su hogar en lugar de ir a un consultorio médico. Consulte con su plan sobre los beneficios disponibles. Si su proveedor participa en una ACO, consulte con ellos para ver qué beneficios de telesalud pueden estar disponibles. Vea las páginas 284 – 287.

Exámenes

Medicare cubre los rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans), Electrocardiograma (EKG) y otros exámenes de diagnóstico. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Si le hacen estos exámenes como paciente ambulatorio en un hospital, usted paga el **copago** que puede ser más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare, pero no más de la cantidad del deducible de la Parte A para los servicios de internación. Vea “Servicios de laboratorio” en la página 102 para más información.

Servicios de administración para el cuidado de transición

Medicare puede cubrir este servicio si regresa a su comunidad después de una estadía en determinadas instituciones, como un hospital o centro de enfermería especializada. El proveedor que administra su regreso a la comunidad trabajará para coordinar y administrar su cuidado durante los primeros 30 días después de regresar al hogar. Éste trabajará con usted y su familia y cuidador(es), según sea lo apropiado, y con sus otros proveedores de salud. También recibirá una consulta en persona durante las 2 semanas de haber regresado al hogar. El proveedor de su cuidado también revisará la información sobre el cuidado recibido en el centro, ayudará con su transición, sus **referidos** o citas médicas de seguimiento o recursos en la comunidad, y administración de medicamentos. Tendrá que pagar el **deducible** y **coseguro** de la Parte B.

Trasplantes y medicamentos inmunosupresores

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

Nota: La cirugía de trasplante puede estar cubierta como una estadía en el hospital bajo la Parte A. Vea las páginas 51 – 53.

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

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

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

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

Viajes

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

- Si la emergencia ocurrió dentro de los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición.

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

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

Atención (cuidado) urgente

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

Consultas virtuales

Medicare cubre consultas virtuales (también llamados “servicios basados en tecnología de comunicación breve”) con su médico y otros profesionales, como enfermeros practicantes o asistentes médicos, utilizando tecnología de comunicación de audio y video bidireccional, como su teléfono o computadora. Su médico también puede hacer evaluaciones usando fotos o imágenes de video que usted envía para su revisión y ver si necesita ir al consultorio del médico.

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

Usted puede usar estos servicios si cumple con estas condiciones:

- Debe hablar con su médico u otro proveedor para comenzar este tipo de visitas.
- La comunicación no debe estar relacionada con una visita médica dentro de los últimos 7 días y no debe conllevar a una visita médica dentro de las próximas 24 horas (o la cita más cercana disponible).

- Debe dar su consentimiento verbal para la consulta virtual y su consentimiento debe estar documentado en su expediente médico. Su médico puede obtener un consentimiento para un año de estos servicios.

Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B por los servicios de su médico u otro proveedor autorizado.

Servicio preventivo

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, dígale que desea programar 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**.

¡Nuevo!

Si tiene una receta actual para opioides, su proveedor revisará los riesgos de un trastorno debido al consumo de opioides, evaluará la gravedad de su dolor y plan de tratamiento actual, brindará información sobre las opciones de tratamiento sin opioides y lo referirá a un especialista, de ser apropiado. Su proveedor también revisará los riesgos de un trastorno por el uso de sustancias y lo referirá para tratamiento, si es necesario.

¡Importante!

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

Servicio preventivo

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 personal para ayudarle a mantenerse sano y aprovechar al máximo su visita.

- Fin de la página

¡Nuevo!

Su proveedor también le hará una evaluación para el deterioro cognitivo para buscar signos de la enfermedad de Alzheimer o demencia. Los signos de deterioro cognitivo incluyen problemas para recordar, aprender cosas nuevas, concentrarse, administrar las finanzas y tomar decisiones sobre su vida cotidiana. Si su proveedor cree que puede tener un deterioro cognitivo, Medicare cubre una visita separada para hacer una revisión más exhaustiva de su función cognitiva y detectar afecciones como demencia, depresión, ansiedad o delirio. Vea la página 73.

¡Nuevo!

Si tiene una receta actual de opioides, su proveedor realizará los servicios durante su visita. Vea la página 129 para más información.

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

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

¡Importante!

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

Lo que NO cubren las Partes A y B

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

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

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

- El cuidado dental
- El examen de la vista para recetarle anteojos
- Las dentaduras
- La cirugía estética
- Terapia de Masajes
- Los audífonos y los exámenes para colocarlos
- El cuidado a largo plazo
- Cuidado de guarda (también llamada medicina a la carta, medicina basada en anticipos, medicina prepagada, medicina boutique, práctica de platino, atención directa o cuidado directo).
- Artículos o servicios cubiertos que obtiene de un médico de exclusión voluntaria (página 143) u otro proveedor (excepto en el caso de una emergencia o necesidad urgente).

El pago del cuidado a largo plazo

El cuidado a largo plazo (a veces llamado “servicios y patrocinio a largo plazo”) incluye la atención que no es médica para las personas con una enfermedad crónica o incapacidad. Los servicios incluyen la ayuda del personal no especializado para las tareas cotidianas como vestirse, bañarse o usar el baño. También incluye comidas a domicilio, cuidado diurno para adultos y otros servicios. **Medicare y la mayoría de los seguros**, **entre ellos las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) no cubren este tipo de ayuda.** 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 asilo de ancianos. Es importante que empiece a planificar su cuidado a largo plazo ahora, para que en el futuro, pueda mantener su independencia y obtener los servicios que necesita en el lugar que desea.

Recursos para el cuidado a largo plazo

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

- Visite **longtermacare.acl.gov** para averiguar sobre la planificación del cuidado a largo plazo.
- Llame al Departamento Estatal de Seguro para obtener información sobre el seguro de cuidado a largo plazo. Visite **Medicare.gov/talk-to-someone** o llame al 1 800 633 - 4227 para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877 486 - 2048.
- Llame a su oficina de Medicaid (Oficina Estatal de Asistencia Médica) y pregunte sobre la cobertura de cuidado a largo plazo. Visite **Medicare.gov/talk-to-someone** para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado. Primero, elija su estado del menú desplegable bajo “¿En qué estado vive?” y luego haga clic en “Ir”. Se le llevará a la página con información de contacto específica para su estado. Luego, en la columna de la izquierda de esa página, elija “Otros programas de seguro” y busque el texto “Programa de Medicaid” bajo el enlace, en la lista de opciones. También puede llamar al 1 800 633 - 4227 para obtener el número de teléfono adecuado.

- 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 de su SHIP local en las páginas 293 – 298.
- Visite el Localizador Eldercare de la Administración para Envejecimiento en **eldercare.acl.gov** para encontrar ayuda en su comunidad.

- Fin de la página

Sección 3
Medicare Original

¿Cómo funciona el Medicare Original?

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

Por lo general, usted paga una Parte De cada servicio. No hay límite para lo que pagará de su bolsillo en un año a menos que tenga otro seguro (como **Medigap**, **Medicaid**, o cobertura de empleador o sindicato). En la página 141 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/care-compare** para encontrar y comparar proveedores, hospitales y clínicas en su área.

¿Cubre las recetas médicas?
Con unas pocas excepciones (páginas 47 – 52, 110 y 123), 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 191 – 224.

¿Debo escoger un médico de cabecera?
No.

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

¿Necesito una póliza suplementaria?
Es posible que usted ya tenga cobertura de Medicaid, seguro de militar jubilado o de un 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. Vea las páginas 179 – 189.

¿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** a menos que tenga otro seguro (como Medigap, Medicaid o cobertura de jubilado, empleado o sindicato).
- 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:

- La mayoría de los beneficiarios tienen las Partes A y/o B.
- Si su médico o proveedor acepta la "**asignación**." Vea la página 142.
- 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 funciona 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 las páginas 145 – 146.

¿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 245 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. En algunos casos, se le puede cobrar un pequeño copago a través de Medicaid, si aplica. Para más información sobre QMB y los pasos a seguir si se le factura por estos costos, consulte la página 231.

¡Importante!

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

Usted tiene opciones sobre cómo obtener la información de Medicare. Un número creciente de aplicaciones informáticas y móviles están conectadas a Medicare a través del Botón Azul 2.0. Si acepta compartir su información con una de estas aplicaciones, recibirá detalles de las reclamaciones que Medicare ha pagado. Vea la página 278 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.

- Fin de la página

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

- **Tal vez tenga que pagar por el servicio cuando lo reciba.** Su médico o proveedor deben enviar la reclamación a Medicare por cada servicio que le brinden. Si no presentan la reclamación después de que usted lo haya pedido, llame al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877 486 - 2048.
- **Pueden cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare, pero no puede ser más de cierto límite conocido como “cargo limitante” o “cargo límite”.**

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

Compare

Si tiene un **plan Medicare Advantage**, en muchos casos, deberá utilizar los médicos y proveedores que se encuentran en la red del plan.

Para averiguar si un médico o proveedor acepta la asignación o participa en Medicare, vaya a **Medicare.gov/care-compare** o **Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**. O llame al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877 486 - 2048. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda gratuita con estos temas. Vea las páginas 293 – 298 para obtener el número de teléfono.

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

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

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

- Fin de la página

Sección 4: Los planes Medicare Advantage (MA) y otras opciones

¿Qué son los planes Medicare Advantage?

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

Las palabras subrayadas se definen en las páginas 299 – 308.

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

Hay varios tipos de planes Medicare Advantage (MA)

- **Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO):** Vea la página 160.
- **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. Vea la página 160.
- **Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA):** Vea la página 162.
- **Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO):** Vea la página 164.
- **Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS):** Vea la página 165.
- **Planes para Necesidades Especiales (SNP):** Vea la página 167.

¿Qué cubren los planes Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage cubren todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare, excluidos los ensayos clínicos, servicios de hospicio y, por tiempo determinado, algunos beneficios nuevos que provienen de la legislación o las determinaciones de cobertura nacional. Estos planes dan cobertura durante una emergencia o necesidad de cuidado urgente. Los planes MA deben cubrir casi todos los servicios que **médicamente necesarios** cubre el Medicare Original. Si está inscrito en un plan MA, Medicare Original seguirá cubriendo el costo del cuidado de hospicio, algunos nuevos beneficios de Medicare y algunos costos de los ensayos clínicos.

Los planes pueden ofrecer algunos beneficios adicionales

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

Los Planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare

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

Recuerde, usted tiene la opción de mantener su plan actual, elegir un plan diferente o cambiar al Medicare Original cada año (página 169).

Su plan también puede cambiar los proveedores de la red en cualquier momento durante el año. Si esto sucede, es posible que necesite elegir un nuevo proveedor. Normalmente no puede cambiar de plan durante el año si esto sucede.

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

Compare

Por lo general, usted no necesita un referido para ver un especialista si tiene Medicare Original. Usted puede ver a cualquier proveedor en los Estados Unidos que acepte a Medicare (página 137).

¡Importante!

Lea la información de su plan

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

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

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

- Fin de la página

Más sobre los Planes Medicare Advantage (MA)

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage debe:

- Tener la Parte A y Parte B.
- Vivir en el **área de servicio** del plan.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos.

La inscripción y cancelación

- Usted puede inscribirse en un plan MA aun si tiene un problema de salud preexistente.
- **Usted sólo puede inscribirse o retirarse de un plan durante ciertos períodos del año.** Vea las páginas 169 – 173.
- Cada año los planes MA pueden abandonar el programa Medicare o hacer cambios de cobertura, costos, área de servicio y más. Si el plan deja de participar en el programa Medicare, tendrá que inscribirse en otro plan Medicare Advantage o regresar al Medicare Original (página 243).
- Los planes MA deben cumplir ciertas normas cuando le estén proporcionando información para inscribirse. Vea la página 267 para averiguar sobre estas normas y para proteger su información personal.

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

Si tiene ESRD, puede elegir el Medicare Original o un plan Medicare Advantage al decidir cómo obtener la cobertura de Medicare. Usted, puede inscribirse en un plan MA durante la Inscripción Abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2021). La cobertura de su plan comenzará el 1 de enero de 2022.

Cobertura de medicamentos (Parte D)

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

Si tiene otra cobertura

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

Si tiene Medigap (seguro suplementario a Medicare)

Usted no puede inscribirse en (ni usar) Medigap mientras esté inscrito en un plan MA. No puede usarlo para pagar ningún costo bajo el plan MA (**copagos**, **deducibles**, **primas**).

¡Importante!

Si tiene Medigap y se inscribe en un plan MA, necesita cancelar su póliza Medigap. **Si cancela su póliza Medigap para inscribirse en un plan MA, en la mayoría de los casos, no podrá recuperarla. Vea la página 187.**

¿Cuánto cuesta?

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

- Si el plan le cobra una prima mensual. Muchos de los planes MA no cobran una prima. Si se inscribe en un plan que cobra una prima, usted paga ésta y la prima de la Parte B.
- Si el plan paga alguna Parte De la prima mensual de la Parte B. Como beneficio adicional, algunos planes MA ayudarán a pagar la totalidad o Parte De su prima de la Parte B. Este beneficio a veces se conoce como la "reducción de la prima de la Parte B de Medicare".
- Si el plan cobra un deducible anual o cualquier deducible adicional.

- Cuánto le corresponde pagar a usted por cada visita o servicio (**copago** o **coseguro**). Los planes Medicare Advantage no pueden cobrar más que el Medicare Original por ciertos servicios, como quimioterapia, diálisis y atención en **centros de enfermería especializada**.
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si usa proveedores de la red del plan o de un proveedor que no tiene contrato con el plan. Si acude a un médico, proveedor o centro que no pertenece a la red del plan para servicios médicos que no sean de emergencia o de urgencia, es posible que sus servicios no estén cubiertos o que sus costos sean más altos. En la mayoría de los casos, esto le aplica a los HMOs y PPOs. También le aplica a los planes de Pago-por-Servicio que contratan una red de proveedores.
- 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 142 para más información.
- Si el plan ofrece beneficios adicionales (además de los beneficios del Medicare Original) y si necesita pagar más para obtenerlos.

- El límite anual para los gastos directos de su bolsillo para todos los servicios médicos de las Partes A y B. Una vez que haya llegado al límite, ya no tendrá que pagar por los servicios cubiertos.
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda de su estado a través del Programa de Ahorros de Medicare (páginas 231 – 234).

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

¿Cómo sé lo que está cubierto?
Usted o su proveedor pueden obtener una decisión (escrita o verbal) 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 (escrita o verbal) 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 (páginas 244 – 251).

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

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?

No. Por lo general debe recibirlos de médicos y hospitales de la red del plan (excepto en emergencias, atención urgente o diálisis temporal que esté cubierta por el plan dentro o fuera del área). Sin embargo, algunos planes HMO, conocidos como Planes de Punto de Servicio de HMO (HMOPOS), ofrecen un beneficio fuera de la red.

¿Cubre los medicamentos recetados?
En la mayoría de los casos los cubre. Si desea esta cobertura (Parte D) debe inscribirse en un HMO que la ofrezca. Si se inscribe en un plan HMO sin cobertura de medicamentos, no puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.

¿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 (que no sean de emergencia) fuera de la red del plan sin autorización, tendrá que pagar el costo total del servicio.
- Es importante que cumpla las normas del plan, como obtener una autorización previa cuando se la requieran.
- Consulte con el plan para más información.

Nota: Los planes HMO POS (un tipo de plan HMO) pueden permitirle obtener algunos servicios fuera de la red por un **copago** o **coseguro** más alto.

Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)

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

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

¿Debo escoger un médico de cabecera?
No.

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

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

El plan deposita dinero en una cuenta de ahorros especial. La cantidad del depósito varía según el plan. Puede usar este dinero para pagar los costos cubiertos por Medicare antes de alcanzar el **deducible**. El dinero restante en su cuenta al final del año permanece en su cuenta. Si mantiene su plan el año siguiente, el nuevo depósito se agregará a la cantidad restante.

- Los planes MSA no cobran una **prima**, pero debe continuar pagando su prima de la Parte B.
- El plan comenzará a cubrir sus costos una vez que alcance un deducible anual alto, que varía según el plan.
- Algunos planes pueden cubrir varios beneficios adicionales, como servicios para la visión, audición y dentales. Puede pagar una prima si utiliza estos servicios.
- Para más información sobre el uso de su plan MSA, visite **Medicare.gov** o consulte con su plan.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

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

¿Cubre los medicamentos recetados?
En la mayoría de los casos los cubre. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un PPO que la ofrezca. Si se inscribe en un plan PPO sin cobertura de medicamentos, no puede inscribirse en un plan Medicare para medicamentos aparte.

¿Debo escoger un médico de cabecera?
No.

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

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

- Puede ahorrar dinero usando los proveedores "preferidos" del plan.
- Consulte con el plan para más información.

Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS)

¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?

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

¿Cubre los medicamentos recetados?

A veces. Si el PFFS no ofrece esta cobertura tendrá que inscribirse en un plan de Medicare para 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.
- Asegúrese de mostrar su tarjeta del plan antes de recibir tratamiento.
- En una emergencia, los proveedores y hospitales deben atenderlo.
- Consulte con el plan para más información.

Planes para Necesidades Especiales (SNP)

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

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

¿Cubre los medicamentos recetados?
Sí. Todos los SNP deben ofrecer la cobertura de medicamentos (Parte D).

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

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

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

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

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

Período Inicial de Inscripción

Página 26

- **Cuando sea elegible para Medicare por primera vez**
- Si se inscribió en un plan Medicare Advantage durante su Período Inicial de Inscripción, puede cambiar a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) o regresar al Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos) dentro de los primeros 3 meses de tener Medicare.

Período General de Inscripción

Página 29

1 de enero al 31 de marzo

- Si tiene la Parte A y obtiene la Parte B por primera vez durante este período, usted puede inscribirse en un **plan Medicare Advantage**.
- Su cobertura comenzará el 1 de julio.
- Recuerde, debe tener las Partes A y B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Período de Inscripción Abierta

15 de octubre al 7 de diciembre

- Puede inscribirse, cambiar o cancelar un **plan Medicare Advantage** durante el Período de Inscripción Abierta.
- Su cobertura comenzará el 1 de enero (siempre y cuando el plan reciba la solicitud antes del 7 de diciembre).
- Si se inscribe en un plan Medicare Advantage durante este período, pero cambia de opinión, puede regresar al Medicare Original o cambiar a un plan MA diferente (dependiendo de la cobertura que funcione mejor para usted) durante la Inscripción Abierta de Medicare Advantage (1 de enero al 31 de marzo).

Período de Inscripción Abierta Medicare Advantage

1 de enero al 31 de marzo

- Si está en un **plan Medicare Advantage** (con o sin cobertura de medicamentos), durante este período usted **puede**:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).

- Dejar su **plan Medicare Advantage** y regresar al Medicare Original. También puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte.

- Durante este período, **no puede**:
  - Cambiar del Medicare Original a un plan MA.
  - Inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte si está en el Medicare Original.
  - Cambiar de un plan de medicamentos de Medicare a otro si tiene Medicare Original.

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

Período Especial de Inscripción

Calificación Evento de vida

- En ciertas situaciones, como si se muda o si pierde otra cobertura médica, puede poder inscribirse, cambiar o cancelar un plan MA durante el Período Especial de Inscripción de Medicare Advantage. Visite **Medicare.gov** o consulte con su plan para más información.
- **Nota:** En la mayoría de los casos, debe permanecer inscrito durante todo el año a partir de la fecha en comienza la cobertura.

Período Especial de Inscripción de 5 estrellas

8 de diciembre al 30 de noviembre

- **Nota:** Sólo puede usar este Período Especial de Inscripción una vez durante este período

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

¡Importante!

Si cancela una póliza **Medigap** para inscribirse en un plan MA, es posible que no pueda recuperar la misma póliza. Las reglas varían según el estado y su situación. Además, si no cancela su plan MA y regresa al Medicare Original dentro de los 12 meses posteriores a su inscripción, tendrá una capacidad limitada para regresar al Medicare Original y obtener Medigap. Vea la página 187.

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

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

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

Planes Medicare de Costo

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

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

Nota: Usted puede agregar o cancelar su cobertura de medicamentos sólo en ciertas ocasiones (páginas 193 – 196).

Para más información sobre los Planes Medicare de Costo, visite **Medicare.gov/plan-compare** o llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Vea las páginas 293 – 298 para obtener el número de teléfono de su SHIP local.

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

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

Visite **Medicare.gov/pace** para ver si hay un PACE que ofrezca servicios en su comunidad.

Proyectos Innovadores de Medicare

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

Sección 5: Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

¿Cómo funciona?

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

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

Las palabras subrayadas se definen en las páginas 299 – 308.

Los planes de Medigap están estandarizados

Medigap debe cumplir las leyes federales y estatales promulgadas para protegerlo y debe indicar claramente que es un "Seguro Suplementario a Medicare". Las compañías de seguro sólo pueden venderle planes "estandarizados" identificados en la mayoría de los estados por letras A – D, F – G, K – N. Todos los planes deben ofrecer la misma cobertura básica y algunos ofrecen beneficios adicionales para que usted escoja el que le convenga más. En Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, están estandarizados de manera diferente. Si vive en uno de estos estados y desea más información, visite **Medicare.gov** o **Medicare.gov/publications** para ver el folleto, "Selección de una Póliza Medigap: La Guía para las Personas con Medicare".

¡Importante!

Los planes C y F ya no están disponibles para las personas nuevas en Medicare a partir del 1 de enero de 2020. Sin embargo, si era elegible para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pero no se inscribió, es posible que pueda comprar el Plan C o el Plan F. A partir del 1 de enero de 2020, las personas nuevas a Medicare, tienen derecho a comprar los Planes D y G en lugar de los Planes C y F.

Si fue elegible para comprar uno de estos planes, otras pólizas pueden ofrecer un mejor valor.

¿Cómo puedo comparar los planes Medigap?

El texto a continuación le brinda información básica sobre los distintos beneficios que cubren los planes Medigap para el 2021. Si aparece un porcentaje, significa que Medigap paga ese porcentaje del beneficio y usted paga el resto. Los gastos de su bolsillo (como **deducibles**) pueden cambiar para 2022.

- El **coseguro** de la Parte A y los costos del hospital hasta 365 días adicionales, después de haber agotado los beneficios de Medicare cubre el 100% en los planes A, B, C, D, F*, G*, K, L, M, N.
- El coseguro o **copago** de la Parte B cubre el 100% en los planes A, B, C, D, F*, G*, M y N. Cubre el 50% en el plan K y el 75% en el plan L. El Plan N*** paga el 100% del coseguro de la Parte B, excepto por un copago de hasta $20 para algunas visitas a la oficina y hasta $50 de copago por visitas a la sala de emergencias que no resulten en una hospitalización.
- **Sangre (las 3 primeras pintas)** cubre el 100% en los planes A, B, C, D, F*, G*, M y N. Cubre el 50% en el plan K y el 75% en el Plan L.

- **El coseguro o copago de la Parte A del cuidado de hospicio** cubre ell 100% en los planos A, B, C, D, F*,G*, M y N. Cubre el 50% en el plan K y el 75% en el plan L.
- El coseguro por el cuidado en un **centro de enfermería especializada** cubre el 100% en los planes C, D, F*, G*, M y N. Cubre el 50% en el plan K y 75% en el plan L.
- El **deducible de la Parte A** cubre el 100% en los planes B, C, D, F*, G*, y N. Cubre el 50% en el plan K y M y el 75% en el plan L.
- El **deducible de la Parte B** cubre el 100% en los planes C y F*.
- El **sobrecargo (cargos en exceso)** por los servicios de la Parte B cubre el 100% en los planes F* y G*.
- **Emergencia en el extranjero** (hasta el límite del plan) cubre el 80% en los planes C, D, F*, G*, M y N.
- **Límite de gastos del bolsillo** para el plan K** en 2021 es $6,220.
- **Límite de gastos del bolsillo** para el plan L** en 2021 es $3,110.

* Los planes F y G también ofrecen una opción de deducible alto en algunos estados. Si acepta esta opción, tendrá que pagar los costos cubiertos por Medicare (**coseguro**, **copagos** y **deducibles**) hasta que haya cubierto el deducible de $2,340 para el 2021, antes de que Medigap comience a pagar. (Los Planes C y F no estarán disponibles para las personas recientemente elegibles para Medicare a partir del 1 de enero de 2020. Vea la página anterior para más información).

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

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

¿Qué más debo saber sobre Medigap?

- Antes de que pueda comprar un plan **Medigap** tiene que tener las Partes A y B de Medicare.
- Tendrá que pagar la **prima** mensual de Medigap a la compañía privada de seguros y seguirá pagando la prima mensual de la Parte B a Medicare. Además, si se tiene Medigap y un plan de medicamentos de Medicare ofrecidos por la misma compañía, podría tener que hacer 2 pagos aparte para las primas de su cobertura. Comuníquese con la compañía para saber cómo pagar su prima.
- Los planes Medigap sólo cubren a una persona. Si su cónyuge quiere dicha cobertura, tendrá que comprar su propio plan.
- Usted no puede tener la cobertura de las recetas médicas de Medigap y del plan de medicamentos (página 220).
- Es importante que compare los planes dado que los costos pueden variar entre las compañías de seguros para la misma cobertura, y algunos planes pueden aumentar a medida que usted envejece. Algunos estados limitan el precio de las primas.

- En algunos estados puede comprar otro tipo de Medigap llamado SELECT. Si lo adquiere, puede cambiar de opinión y volver al Medigap estándar dentro de los 12 meses.

Nota: Los planes Medigap vendidos a las personas nuevas a Medicare no podrán cubrir el **deducible** de la Parte B. Debido a esto, los planes C y F ya no están disponibles para los nuevos beneficiarios a partir del 1 de enero de 2020.

Cuándo debe comprar

- El mejor momento para comprar Medigap es durante el Período de Inscripción Abierta. Este período de 6 meses comienza el primer día del mes en que cumpla 65 años o más **y** esté inscrito en la Parte B (algunos estados pueden tener períodos de inscripción adicionales). **Después del Período Inicial de Inscripción, sus opciones para comprar Medigap pueden ser limitadas y le pueden costar más.**
- Si retrasa su inscripción en la Parte B porque tiene la cobertura médica de su empleador o sindicato (o el de su cónyuge), su Período de Inscripción Abierta comenzará cuando se inscriba en la Parte B.

- La ley federal no obliga a las compañías de seguro a que le vendan Medigap a los beneficiarios menores de 65 años. Si tiene menos de 65 años, no podrá comprar Medigap hasta que cumpla 65 años. Sin embargo, algunos estados obligan a las compañías venderle el plan aun si usted tiene menos de 65 años y puede costar más si compra uno.

Consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) (vea las páginas 293 – 298 para obtener el número de teléfono de su SHIP local) o con el Departamento de Seguros del Estado para más información sobre sus derechos para comprar una póliza Medigap. Un agente o corredor de confianza también puede ayudarle.

¿Cómo funciona Medigap con los planes Medicare Advantage?

- Si ya tiene un **plan Medicare Advantage**, es ilegal que cualquier persona le venda Medigap a menos que usted esté regresando al Medicare Original. Si no piensa cancelar su inscripción en MA y tratan de venderle Medigap comuníquese con su Departamento Estatal de Seguro.

- Si tiene un plan Medigap y se inscribe en un plan MA tal vez le convenga cancelar su plan Medigap. Usted **no** puede usar su plan Medigap para pagar los **copagos**, **deducibles** y las **primas** de Medicare Advantage.

¡Importante!

Si decide cancelar su Medigap, debe llamar a su compañía de seguros. Si cancela su Medigap para inscribirse en un plan MA, en la mayoría de los casos no podrá recuperar la misma póliza.

- Si se inscribe en un plan MA por primera vez y no está satisfecho con el plan, puede regresar al Medicare Original durante el año de haberse inscrito y se le otorgarán derechos especiales para comprar un plan Medigap y un plan de medicamentos de Medicare aparte.
  - Si antes de inscribirse ya tenía Medigap, puede recuperarlo si la compañía todavía lo vende. De no estar disponible, puede comprar otro plan Medigap.

- Si se inscribe en un plan MA cuando es elegible para Medicare por primera vez (y no está satisfecho con el plan), podrá escoger cualquier plan durante el primer año de su inscripción.
- Algunos estados brindan derechos especiales adicionales.

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

Para más información

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono de su SHIP local en las páginas 293 – 298.
- Comuníquese con el Departamento Estatal de Seguro. Visite **Medicare.gov/talk-to-someone** o llame al 1 800 633 - 4227, TTY 1 877 486 - 2048 para averiguar el número de teléfono.

- Visite **Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans** para las pólizas disponibles en su zona.
- Visite **Medicare.gov/publications** para consultar el folleto “Selección de una Póliza Medigap: La Guía para las Personas con Medicare”.

- Fin de la página

Notas

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

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

La cobertura de medicamentos (Parte D) es un beneficio opcional y está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Aun si no toma medicinas es importante que obtenga este tipo de cobertura. Si decide no inscribirse en un plan de la Parte D cuando es elegible por primera vez y no tiene otra **cobertura válida de medicamentos** (como cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato), o si no recibe **Ayuda Adicional** le podrán cobrar una multa si decide inscribirse más tarde. Por lo general, pagará esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (páginas 202 – 206). Para conseguir esta cobertura debe inscribirse en uno de los planes aprobados por Medicare. Cada plan varía en cuanto a los costos y a

los medicamentos que cubre. Visite **Medicare.gov/plan-compare**, para más información sobre los planes en su área.

Hay 2 maneras de obtener la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D):

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

En ambos casos, debe vivir en el **área de servicio** del plan de medicamentos en el que quiere inscribirse y estar presente legalmente en los Estados Unidos. **A ambos planes se les conoce como "cobertura Medicare de medicamentos".**

¡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 217.

¿Cuándo puedo inscribirme, cambiarme o cancelar un plan?

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

- **Período Inicial de Inscripción.** Puede inscribirse cuando sea elegible para Medicare por primera vez (página 26).

- **Período de Inscripción Abierta.** Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan. Su cobertura comenzará el 1 de enero (siempre que el plan reciba su solicitud antes del 7 de diciembre).
- **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.** Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, si está inscrito en un plan Medicare Advantage, puede cambiar a un plan MA diferente o cambiar al Medicare Original (puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare aparte) una vez durante este tiempo. Vea la página 169.

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

Período Especial de Inscripción

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

¿Cómo cambio mi plan?

Usted puede cambiarse a un nuevo plan Medicare o plan MA con cobertura de medicamentos simplemente inscribiéndose en otro plan durante uno de los períodos antes mencionados. **No necesita cancelar su antiguo plan.** Usted puede cambiar de plan llamando al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877 486 - 2048.

¿Cómo cancelo mi plan?

Si desea cancelar su plan Medicare o **plan MA** con cobertura de medicamentos y no quiere obtener cobertura nueva, puede hacerlo durante uno de los períodos mencionados en la página 193. Puede cancelarla llamando al 1 800 633 - 4227, TTY 1 877 486 - 2048. También puede enviarle una carta al plan informándoles que quiere cancelar la cobertura. Si cancela y quiere inscribirse en otro plan más adelante, tendrá que esperar al próximo período de inscripción. Tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía si no tiene **cobertura válida de medicamentos** (página 193).

Lea la información que le envía el plan

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

Lo que usted paga

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

Los precios reales variarán dependiendo de:

- Los medicamentos que tome y si están en el **formulario** del plan (lista de medicamentos) (página 207).
- En qué "nivel" se encuentra el medicamento (página 207).
- En qué fase de su beneficio de medicamentos se encuentra (como si cumplió con su deducible o no, fase de cobertura—página 200).
- La farmacia que use (ya sea que ofrezca costo compartido preferido o estándar fuera de la red del plan o de pedido por correo). Los costos de su bolsillo para sus medicamentos pueden ser menos con una farmacia preferida porque ésta tiene un acuerdo con su plan de cobrar menos.

- Si recibe la **Ayuda Adicional** para pagar por los costos de sus medicamentos de Medicare (página 225).

Costos y cobertura

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

Prima mensual

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

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

¡Importante!

Si tiene un ingreso más alto, podría pagar más por su cobertura de medicamentos. Si su ingreso está por encima de cierta cantidad (en 2021: $88,000 si presenta de forma individual o $176,000 si está casado y presenta de forma conjunta), usted pagará una prima más alta (a veces llamada la "Parte D-IRMAA"). También tendrá que pagar esta cantidad adicional si está inscrito en un **plan MA** con cobertura de medicamentos. Esto no afectará a todos los beneficiarios, por lo que la mayoría no tendrán que pagar más. Si tiene que pagar una cantidad mayor por la Parte D, también pagará una cantidad adicional por su prima de la Parte B, incluso si no tiene cobertura de medicamentos de Medicare (página 39).

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

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

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

Deducible anual

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

Copago o coseguro

La cantidad que usted paga por los medicamentos cubiertos después de pagar el deducible (si el plan cobra un deducible). Usted paga su parte y el plan paga la suya. Si tiene que pagar un **coseguro**, las cantidades pueden variar según el costo de los medicamentos y las cantidades podrían cambiar durante el año (página 207).

Una vez que usted y su plan paguen $4,430 en medicamentos (incluyendo el deducible), usted no pagará más del 25% del costo de los medicamentos recetados hasta que gaste de su bolsillo $7,050 bajo el beneficio estándar de medicamentos.

Cobertura catastrófica

Una vez que haya cumplido con $7,050 de su bolsillo, recibirá automáticamente la "cobertura catastrófica". En la mayoría de los casos, no pagará más del 5% del costo de los medicamentos cubiertos durante el resto del año.

Nota: Si recibe **Ayuda Adicional**, no tendrá algunos de estos costos (páginas 225 – 228).

¡Importante!

Visite **Medicare.gov/plan-compare** para obtener los costos específicos de los **planes MA** y 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 de su SHIP local en las páginas 293 – 298.

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

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

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

3 formas de evitar el pago de la multa:

1. **Inscríbase en la cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D)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 8 – 20 para más información sobre sus opciones.

2. **Inscríbase en la cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D) si pierde otra cobertura válida.** La cobertura válida de medicamentos puede incluir la que usted tiene a través de su empleador o sindicato, TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos, del Servicio Médico para Indígenas o de otro seguro médico individual. El plan le avisará cada año si la cobertura que tiene es válida. Si pasa más de 63 días seguidos sin cobertura u otra cobertura válida de medicamentos, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía.
3. **Mantenga registros comprobando otra cobertura válida de medicamentos y avísele a su plan cuando le pregunten.** Si no le informa al plan sobre su cobertura válida, podría tener que pagar una multa por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

- Fin de la página

¿Cuánto más tendré que pagar?

El costo de la multa dependerá del período de tiempo durante el cual estuvo sin una **cobertura válida de medicamentos**. En la actualidad, la cantidad se calcula multiplicando el 1% de la "**prima** básica nacional" ($33.06 en 2021) por el número de meses sin cobertura en los que fue elegible para inscribirse en la cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D) y no lo hizo, ni tuvo otra cobertura válida de medicamentos. La cantidad final se redondea al punto decimal más próximo ($.10) y se agrega a su prima mensual. Dado que la "prima básica nacional del beneficiario" (prima promedio nacional) puede aumentar cada año, la multa también puede aumentar cada año. Luego de inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, el plan le informará si debe pagar multa y el costo de su prima.

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

2020

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

Cálculo:

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

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

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

2021

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

Cálculo:
.31 (31% de multa) × **$33.06** (prima básica nacional de 2021) = **$10.25**
$10.25 redondeado al $.10 más cercano = **$10.30**
$10.30 = multa mensual por inscripción tardía de la Sra. Martínez para 2021

Si está en desacuerdo con la cantidad de la multa

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

- Fin de la página

¿Cuáles son los medicamentos que están cubiertos?

Todos los planes deben cubrir una amplia gama de medicamentos recetados para las personas con Medicare, incluyendo la mayoría de los medicamentos en ciertas “clases protegidas”, como los medicamentos para tratar el cáncer o el VIH/SIDA. La información sobre la lista de medicamentos cubiertos de un plan (llamada “**formulario**”) no se incluye en este manual porque cada plan tiene su propio formulario. Un plan de medicamentos de Medicare puede hacer cambios en su lista de medicamentos durante el año si sigue las pautas establecidas por Medicare. Su plan puede cambiar su lista de medicamentos durante el año porque cambian las terapias con medicamentos, se lanzan nuevos medicamentos o hay nueva información médica disponible. Su plan puede aumentar el **copago** o **coseguro** que paga por un medicamento de marca o genérico en particular cuando el fabricante aumenta el precio, o cuando comienza a ofrecer una forma genérica de un medicamento de marca, pero usted continúa tomando el medicamento de marca.

Muchos planes de medicamentos y **de salud de Medicare** con cobertura de medicamentos colocan los medicamentos en diferentes “niveles” en sus formularios. Los medicamentos en cada nivel tienen un costo diferente. Por ejemplo, un medicamento en un nivel inferior generalmente le costará menos que un medicamento en un nivel superior. Consulte con el plan para ver si un medicamento está cubierto para su afección médica. Un plan puede cubrir un medicamento para una afección pero no para otra.

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

En algunos casos, si el medicamento que usted necesita está en un nivel alto y su médico (u otro proveedor de la salud autorizado para recetar) piensa que usted necesita dicho medicamento en vez de uno similar en un nivel más bajo, puede solicitar una excepción y pedirle al plan que le cobre un **copago** o **coseguro** menor. Para más información sobre las exenciones, vea la página 249.

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

Nota: La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) incluye medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos para los trastornos por uso de opioides. También cubre medicamentos como la metadona y la buprenorfina cuando se recetan para el dolor. Sin embargo, la Parte A de Medicare cubre la metadona cuando se usa para tratar un trastorno por uso de opioides como paciente internado en un hospital, y la Parte B ahora cubre la metadona cuando la recibe a través de un programa de tratamiento con opioides. Vea la página 106 para más información sobre los programas de tratamiento con opioides.

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

¡Importante!

Cada mes que llene una receta, el plan le envía una Explicación de Beneficios (EOB, en inglés). Revise que no tenga errores. Si tiene preguntas o encontró errores, llame a su plan. Si sospecha fraude, llame al Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos al 1 877 772 - 3379. Vea la página 265.

Los planes pueden tener reglas de cobertura para ciertos medicamentos:

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

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

- **Límite de cantidad:** Esto se refiere a la cantidad de píldoras que puede obtener cada vez.

- **Terapia en etapas/pasos:** Significa que antes de que el medicamento que le recetó el médico sea pagado por el plan, usted debe probar uno o más medicamentos similares de menor costo.

- **Controles de seguridad en la farmacia (incluso medicamentos para el dolor con opioides):** Antes de que la farmacia surta sus recetas, su plan de medicamentos de Medicare y farmacia harán revisiones adicionales de seguridad, como la verificación de interacciones farmacológicas y dosis incorrectas. Estos controles de seguridad también incluyen la verificación de cantidades peligrosas de medicamentos para el dolor con opioides y limita el suministro de opiáceos para los primeros días. Los analgésicos opioides (como la oxicodona y la hidrocodona) pueden ayudar con ciertos tipos de dolor, pero tienen riesgos graves como adicción, sobredosis y muerte. Estos riesgos aumentan cuando se toman opioides con ciertos otros medicamentos, como las benzodiazepinas, medicamentos anticonvulsivos, gabapentina, relajantes, ciertos antidepresivos y medicamentos para dormir. Consulte con su médico o farmacéutico si tiene preguntas sobre riesgos o efectos secundarios.

- **Programas de Administración de Medicamentos:** Los planes de medicamentos y de salud con cobertura de medicamentos de Medicare también pueden tener un programa para supervisar el uso de opioides y benzodiazepinas de manera segura. Si su uso de opioides no es el apropiado, por ejemplo, debido a que recibió recetas de opioides de varios médicos o farmacias, o tuvo una sobredosis, su plan se comunicará con los médicos que los recetaron para asegurarse de que sean **médicamente necesarios** y que los esté usando de forma adecuada.

  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 (página 244). La carta también le indicará cómo comunicarse con el plan si tiene preguntas o desea presentar una apelación.

Las revisiones de seguridad para opioides en la farmacia y los Programas de Administración de Medicamentos generalmente no le aplican, si tiene cáncer, recibe cuidados paliativos o para los últimos momentos de la vida, reside en un hospicio o centro de cuidado a largo plazo.

Si su médico y/o usted piensan que deberían excluirlo de alguna de estas normas, puede solicitar una excepción (página 244).

Consejos importantes si le recetan opioides:

- Los medicamentos opioides pueden ser una parte importante del manejo del dolor, pero también pueden tener serios riesgos para la salud si se usan incorrectamente.
- Hable con su médico sobre el tratamiento de naloxona en el hogar. Medicare cubre la naloxona, un medicamento, que su médico puede recetarle como medida de seguridad para revertir rápidamente los efectos de una sobredosis de opioides.
- Hable con su médico sobre su dosis y por cuánto 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.
- Nunca tome más opioides de lo recetado. Hable con su médico sobre cualquier otro medicamento que esté tomando para el dolor.

- Guarde o deseche de forma segura los opioides recetados sin usar a través del programa de devolución de medicamentos de su comunidad o farmacia.

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

¿Le renuevan su receta automáticamente por correo?

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

Programa de Control de la Terapia de Medicamentos

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

El farmacéutico o proveedor puede hablar con usted sobre:

- Qué tan bien están funcionando sus medicamentos
- Si sus medicamentos tienen efectos secundarios
- Si puede haber interacciones entre los medicamentos que está tomando
- Si sus costos pueden ser reducidos
- Cómo desechar de forma segura los medicamentos no utilizados

Comuníquese con su plan para detalles y ver si califica para el programa. Visite **Medicare.gov/plan-compare** para encontrar y comparar planes de salud y medicamentos.

Modelo de Ahorro de la Parte D para Personas Mayores

Es posible obtener cobertura de medicamentos de Medicare aparte con beneficios suplementarios para la insulina. El Modelo de Ahorro de la Parte D para Personas Mayores está disponible para todas las personas con Medicare. Los planes participantes en este modelo ofrecerán opciones de cobertura que incluirán múltiples tipos de insulina con un **copago** máximo de $35 por un suministro de 30 días. (El copago máximo de $35 no aplica durante la fase catastrófica de la cobertura del plan de medicamentos de Medicare). Si recibe la **Ayuda Adicional** completa, su copago de insulina es menos de $35 fuera del modelo.

¿Cómo funcionan los otros seguros o programas con la cobertura de Medicare para medicamentos (Parte D)?

Medicaid

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

Nota: Si tiene Medicare y Medicaid, usted califica automáticamente para la **Ayuda Adicional** (página 228).

Cobertura de empleador o sindicato

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

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

COBRA

Es una ley federal que podría permitirle que mantenga la cobertura médica de un empleador o sindicato, una vez que su empleo se haya terminado o después de haber perdido su cobertura como dependiente de un empleado. Hay varios motivos por los que debería aceptar la Parte B en vez de o además de COBRA (página 28). Sin embargo, si acepta COBRA con **cobertura válida de medicamentos**, se le otorgará un Período Especial de Inscripción para que se inscriba en la Parte D 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 de su SHIP local aparece en las páginas 293 – 298.

Medigap (seguro suplementario a Medicare) con cobertura de medicamentos

Tal vez le convenga más inscribirse en un plan Medicare de medicamentos porque la mayoría de la cobertura de medicamentos de Medigap no es considerada cobertura válida de medicamentos, y si más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos, tendrá que pagar más (página 199). Usted no puede tener cobertura de medicamentos a través de ambos planes (su Medigap y plan de medicamentos de Medicare). Si se inscribe en un plan de medicamentos y se queda con Medigap, la compañía de seguro Medigap debe quitar la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos y reducir la **prima**. Para más información, llame a su compañía de seguro Medigap.

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

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

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

Seguro Médico para Empleados Federales (FEHBP, en inglés)

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

Beneficios para Veteranos

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

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

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

TRICARE (Beneficios para Militares)

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

Servicios de Salud para Indígenas (IHS)

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

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

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

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

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

La Ayuda Adicional es un programa de Medicare para ayudar a las personas de bajos ingresos y recursos con los costos de medicamentos. Usted puede obtener este subsidio si su ingreso anual y sus recursos están por debajo de los límites establecidos para 2021:

- Para una persona soltera ingresos anuales por debajo de $19,320 u otros recursos menores a $14,790 al año.
- Para una persona casada que vive con su cónyuge y sin otros dependientes ingresos anuales por debajo de $26,130 u otros recursos al año debajo de $29,520.

Las palabras subrayadas se definen en las páginas 299 – 308.

Estas cantidades pueden cambiar en el 2022. 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.

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

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

Nota: La Ayuda Adicional no está disponible en Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, las Islas Marianas del Norte o Samoa estadounidense. Vea la página 96 para obtener información sobre los programas disponibles en esas zonas.

Costos y cobertura

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

- enero – marzo
- abril – junio
- julio – septiembre

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

No puede usar este Período Especial de Inscripción de octubre a diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios a su cobertura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Los cambios comenzarán el 1 de enero.

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

- Tiene la cobertura completa de Medicaid.
- Recibe ayuda de Medicaid para pagar las **primas** de la Parte B (está en un Programa de Ahorros de Medicare). Vea las páginas 231 – 233.
- Recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés).

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

- Si aún no se ha inscrito en la cobertura de Medicare para medicamentos, debe hacerlo para obtener la Ayuda Adicional.
- Si no tiene cobertura de medicamentos, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare aparte para que pueda usar la Ayuda Adicional. Si Medicare lo inscribe en un plan, recibirá una carta en papel verde o amarillo informándole cuándo comienza su cobertura y que tendrá un Período Especial de Inscripción para cambiar de plan si desea inscribirse en un plan diferente.

- 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 1 800 633 - 4227 para comparar los planes de su zona. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877 486 - 2048.
- Si tiene Medicaid y vive en una institución (como un asilo para ancianos) o recibe servicios domiciliarios o de su comunidad, usted no pagará por los medicamentos cubiertos.

Si no desea inscribirse en un plan Medicare de medicamentos aparte (porque por ejemplo sólo desea la cobertura de su empleador o sindicato), llame al plan mencionado en la carta o al 1 800 633 - 4227. Dígales que no quiere inscribirse en un plan de medicamentos recetados (que usted “opta por no hacerlo”). Si aún es elegible para recibir **Ayuda Adicional**, o si la cobertura de su empleador o sindicato es **cobertura válida de medicamentos**, no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

¡Importante!

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

Los beneficiarios elegibles pagarán en el 2022 un máximo de $3.95 por cada medicamento genérico y $9.85 por cada medicamento de marca. Fíjese en las cartas que le mandan sobre la Ayuda Adicional o comuníquese con su plan para averiguar el precio exacto.

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

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

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

Para obtener respuestas a sus preguntas sobre la Ayuda Adicional y para que le ayuden a escoger un plan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el teléfono de su SHIP local en las páginas 293 – 298. También puede llamar al 1 800 633 - 4227. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877 486 - 2048.

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

Programas de ahorros de Medicare

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

Hay 4 tipos de programas de ahorros:

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

   Nota: Para asegurarse de que su proveedor sepa que está en el Programa QMB, muestre su tarjeta de Medicare y Medicaid o QMB cada vez que reciba tratamiento. También puede darle a su proveedor una copia de su Resumen de Medicare (MSN). Su MSN mostrará que está en el programa

QMB y no tiene que pagar. Ingrese a **Medicare.gov** en cualquier momento para ver su MSN o inscríbase para recibir sus MSNs de manera electrónica.

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

2. **El programa Medicare para los Beneficiarios de Bajos Ingresos (SLMB): Sólo le ayuda a pagar la prima de la Parte B.**
3. **El programa de Medicare para los Individuos Calificados (QI): Sólo le ayuda a pagar la prima de la Parte B.** 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 calificar para el programa si está incapacitado y perdió sus beneficios del Seguro Social y la Parte A (libre de prima) porque regresó a trabajar.

Si califica para un programa QMB, SLMB o QI, usted califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional con los costos de cobertura de medicamentos de Medicare (páginas 225 – 231).

¡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. Visite **Medicare.gov/talk-to-someone** para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado. Primero, elija su estado del menú desplegable bajo “¿En qué estado vive?” y luego haga clic en “Ir”. Se le llevará a la página con información de contacto específica para su estado. Luego, en la columna de la izquierda de esa página, elija “Otros programas de seguro”.

Busque “Programa de Medicaid” en la lista de opciones. También puede llamar al 1 800 633 - 4227 para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado (TTY: 1 877 486 - 2048).

- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono de su SHIP local aparece en las páginas 293 – 298.

Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos si tiene ingresos y (en algunos casos) recursos limitados y que cumplen con otros requisitos. Ciertos beneficiarios son elegibles para Medicare y Medicaid.

¿Qué cubre Medicaid?

- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid casi todos los costos de sus servicios médicos estarán cubiertos. La cobertura de Medicare puede obtenerla del Medicare Original o de un **plan Medicare Advantage**.

- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid, Medicare cubrirá los medicamentos recetados. Usted califica automáticamente para la **Ayuda Adicional** (página 225). Medicaid pagará por algunos medicamentos y otros servicios que Medicare no cubre.
- Las personas que tienen Medicaid podrían obtener ciertos servicios que Medicare cubre parcialmente o no cubre totalmente, como los servicios del asilo para ancianos, cuidado personal, transporte a servicios médicos, servicios en el hogar y en la comunidad y servicios dentales, auditivos y de la vista.

¿Cuáles son los requisitos?

- Los programas Medicaid varían en cada estado, también pueden tener nombres diferentes como "Ayuda Médica" o "Medi-Cal".
- Cada estado tiene requisitos de ingresos y recursos diferentes.
- Llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible. Visite **Medicare.gov/talk-to-someone** o llame al 1 800 633 - 4227.

Planes Medicare-Medicaid

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

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs, en inglés)

Varios estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a ciertos beneficiarios a pagar por sus medicamentos recetados basándose en sus necesidades económicas, su edad o problema médico. Para averiguar cuáles son los SPAP en su estado y cómo trabajan, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), el número de teléfono de su SHIP local aparece en las páginas 293 – 298. También puede visitar **Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs**.

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

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

PACE (Programa 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. Vea la página 176.

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

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

¿Cuáles son mis derechos si tengo Medicare?

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

- Ser tratado con cortesía, dignidad y respeto en todo momento.
- No ser discriminado.
- Que la información personal y médica sea confidencial.
- Obtener información de Medicare, sus planes, proveedores y en ciertas circunstancias contratistas, en un lenguaje claro y sencillo.
- Obtener la información de Medicare y servicios médicos en un lenguaje claro.

Las palabras subrayadas se definen en las páginas 299 – 308.

- Obtener servicios cubiertos por Medicare en caso de emergencia.
- Obtener su información de Medicare en un formato accesible, como Braille o letra grande. Consulte “Comunicaciones Accesibles de CMS” en la página 270. **Nota:** Comuníquese con su plan si necesita información en un idioma que no sea en español o formato accesible.
- Obtener respuestas a sus preguntas sobre Medicare.
- Tener acceso a médicos, especialistas, proveedores y hospitales para servicios médicamente necesarios.
- Que le expliquen sus opciones de tratamiento claramente y participar en las decisiones sobre el mismo.
- Obtener una decisión sobre el pago de cuidado médico, cobertura de artículos y servicios o cobertura de medicamentos. Cuando usted o su proveedor presenten una reclamación, recibirán un aviso informándole qué se cubrirá y qué no. Este aviso proviene de uno de estos:
  - Medicare
  - Su **plan Medicare Advantage** (Parte C) u otro plan de salud de Medicare

- Su plan de Medicare para medicamentos para su cobertura de medicamentos (Parte D)

  Usted tiene el derecho de apelar si no está de acuerdo con la decisión de su reclamación.
- Apelar (obtener una revisión) ciertas decisiones sobre el pago de su atención médica, servicios o cobertura de sus medicamentos.
- Presentar quejas, incluidas aquellas relacionadas con la calidad del cuidado. Usted puede presentar una queja si tiene inquietudes sobre la calidad del cuidado y otros servicios que recibe de un proveedor de Medicare. Visite **Medicare.gov** o llame al 1 800 633 - 4227 para más información sobre cómo presentar una queja.

¿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:

- Podrá escoger otro plan cuya cobertura comience el 1 de enero, si se inscribe entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- **Tendrá el derecho especial de inscribirse en otro plan de salud hasta el 28 de febrero de 2022.**
- 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 (página 211).

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 apelar depende del tipo de cobertura de 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 142 para más información.

- Haga un círculo alrededor del artículo o servicio que aparece en el “Resumen de Medicare” con el que está en desacuerdo y detalle en el MSN las razones por las que está en desacuerdo. También puede explicar los motivos en una página separada y adjuntarla al MSN.
- Incluya un número de teléfono y su número de Medicare en el MSN. Haga una copia y guárdela en su archivo personal.
- Envíe el “Resumen de Medicare” o una copia del mismo a la dirección del contratista de Medicare que aparece en el MSN. También puede enviar información adicional que tenga y que ayude a su caso. O puede llenar y enviar el Formulario 20027 de CMS al contratista mencionado en el MSN. Para ver o imprimir el formulario visite **CMS.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf**, o llame al 1 800 633 - 4227, TTY 1 877 486 - 2048 para que le envíen una copia por correo.
- Debe presentar su apelación antes de la fecha establecida en el MSN. Si no cumplió con la fecha límite para apelar, aún puede presentar una apelación y obtener una decisión si puede demostrar una buena causa para no cumplir con la fecha límite.

- Generalmente recibirá la decisión del contratista de Medicare dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. Si Medicare pagará por el servicio o artículo, el pago aparecerá en el próximo “Resumen de Medicare”.
- Es posible que tenga derecho a una apelación rápida si cree que sus servicios de Medicare en un hospital u otro centro están terminando antes de tiempo. Vea la página 251.

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

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

En algunos casos podrá solicitar una apelación acelerada. Lea los documentos del plan y la página 251.

Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos aparte

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

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

- Solicitar una “excepción” si cree que debería pagar menos por un medicamento que se encuentra en un nivel o categoría superior (más caro), porque usted o su médico piensa que no puede tomar un medicamento de un nivel inferior para tratar la misma condición.

¿Cómo solicito una determinación de cobertura o excepción?

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

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

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

¡Importante!

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

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

Si usted recibe un servicio cubierto por Medicare en un hospital, **centro de enfermería especializada**, agencia para el cuidado de la salud en el hogar, centro de rehabilitación general u hospicio; y piensa que el servicio está terminando antes de tiempo, puede solicitar una apelación acelerada ("inmediata o rápida"). 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 de No Cobertura atentamente.
Si su proveedor no le ha entregado el aviso, pídaselo.
Al solicitar una apelación acelerada, una organización independiente decidirá si el servicio debe continuar o no.

Puede comunicarse con su Organización para Mejoras de la Calidad para el Cuidado Centralizado de Beneficiarios y la Familia para obtener ayuda con la presentación de una apelación. Vea la página 289.

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

¿Dónde puedo obtener ayuda para solicitar una apelación?

Usted puede designar un representante para ayudarle. Su representante puede ser un miembro de la familia, amigo, defensor, asesor financiero, abogado, médico o alguien que actúe en su nombre. Si desea información, visite **Medicare.gov/appeals**. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) si necesita ayuda para apelar. Encontrará el número de teléfono de su SHP local en las páginas 293 – 298.

Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN, en inglés)

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

¿Qué ocurre si me entregan un ABN?

- Le pedirán que decida si quiere recibir los servicios mencionados en el ABN.
- Si decide obtener dichos servicios, tendrá que pagar por ellos de su bolsillo si Medicare no lo hace.
- Le pedirán que lo firme e indique que ha leído y entendió el contenido del ABN.
- Los proveedores de servicios de salud y los suplidores no tienen (aunque pueden hacerlo) que entregarle un ABN para los servicios que Medicare nunca cubre (página 132).

- Un ABN no es una denegación oficial de cobertura de Medicare. Si el pago es denegado, puede apelar una vez reciba su “Resumen de Medicare” (MSN, en inglés). Sin embargo, usted tendrá que pagar por los artículos o servicios por los que está apelando si es que Medicare decide que dichos artículos o servicios no están cubiertos (y no tiene otro seguro que sea responsable por el pago).

¿Puedo recibir un ABN por otros motivos?

- Puede recibir un ABN del centro de enfermería especializada, cuando el centro cree que Medicare ya no cubrirá su estadía u otros artículos y servicios.
- Puede recibir un ABN si obtiene un soporte de espalda o rodilla incluidos en el Programa de Oferta Competitiva y el proveedor no es un proveedor aprobado.

¿Qué ocurre si no me han dado un ABN?

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

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

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

Nota: Si tiene un **plan Medicare Advantage**, tiene derecho a una determinación de la organización por adelantado para ver si un servicio, medicamento o suministro está cubierto. Comuníquese con su plan para obtener una y siga las instrucciones para apelar con tiempo, si así lo desea. También puede recibir cuidado administrado por el plan. Esto es cuando un proveedor del plan lo envía para un servicio o a un proveedor fuera de la red sin obtener una determinación de la organización por adelantado (página 159).

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 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**.

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 6 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
- Cualquier otra persona que la ley designe

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 asociados 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 1 800 633 - 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 1 800 633 - 4227.
- El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), Oficina de Derechos Civiles (OCR). Visite **hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint**.

El presentar una queja no afecta su cobertura de Medicare.

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

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

¿Cómo puedo protegerme del robo de identidad?

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

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

- Un **plan de Medicare** puede llamarle si ya es miembro del plan. El agente que le ayudó a inscribirse también puede llamarle.
- Un representante de servicio al cliente de 1 800 633 - 4227 puede llamarle si ha llamado y ha dejado un mensaje, o un representante dijo que alguien le devolvería la llamada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877 486 - 2048.

Si sospecha del robo de identidad o cree que le ha entregado su información personal a alguien que no debía, visite **oig.hhs.gov** para presentar una queja o llame a la línea directa de fraude de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1 800 447 - 8477. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 800 377 - 4950.

¿Cómo puedo protegerme del fraude y robo de identidad?

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

- Si está inscrito en el Medicare Original, revise su "Resumen de Medicare" (MSN) para ver cuáles son los servicios que le cobraron a Medicare. Si está inscrito en un **plan de salud de Medicare**, pregúntele al plan.

- Pídale a su médico o proveedor un informe detallado sobre cada servicio o suministro. Se lo debe entregar en un plazo de 30 días.
- Visite su cuenta segura en **Medicare.gov** y vea sus reclamaciones (si está inscrito en el Medicare Original). Sus reclamaciones generalmente aparecen en este sitio web a las 24 horas de haber sido procesadas. También puede descargar la información sobre sus reclamaciones usando el "botón azul" de Medicare. Vea la página 278. También puede llamar al 1 800 633 - 4227, TTY 1 877 486 - 2048.

Si se comunicó 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 1 800 633 - 4227.

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

También puede llamar al departamento de policía local y a la línea para el robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1 877 438 - 4338 (TTY: 1 866 653 - 4261) para hacer una denuncia. Para más información sobre el robo de identidad visite **ftc.gov/idtheft**.

Los planes deben cumplir los reglamentos

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

¡Importante!

Llame al 1 800 633 - 4227 para denunciar a cualquier plan o agente:

- 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 1 877 772 - 3379. El MEDIC lucha contra el fraude, las pérdidas y el abuso en los planes Medicare Advantage y planes Medicare de medicamentos.

Luchar contra el fraude paga

Si cumple ciertos requisitos, usted podría ser recompensado por luchar contra el fraude. Visite **Medicare.gov**, o llame al 1 800 633 - 4227 (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 supla 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**, 1 800 633 - 4227 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.

- Fin de la página

Aviso de Comunicaciones Accesibles

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares para facilitar la comunicación con personas incapacitadas. La ayuda auxiliar incluye materiales en Braille, CD de audio o datos, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si pide información en un formato accesible de CMS. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.

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

1. **Llamar:**
   Para Medicare: 1 800 633 - 4227
   TTY: 1 877 486 - 2048
2. **Enviar un fax:** 1 844 530 - 3676
3. **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 sabe) y la dirección postal a donde debemos enviar los materiales. Podemos comunicarnos con usted para obtener más información.

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

Aviso sobre la discriminación

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

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

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

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

Sección 9: Si desea más información

¿Dónde puedo obtener ayuda personalizada?

1 800 633 - 4227
TTY: 1 877 486 - 2048

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.

Las palabras subrayadas se definen en las páginas 299 – 308.

¡Importante!

¿Necesita que alguien llame al 1 800 633 - 4227 por usted?

Puede llenar y enviar por correo una "Autorización para divulgar información médica personal" en **Medicare.gov/medicareonlineforms** u obtener el formulario llamando al 1 800 633 - 4227. Medicare debe procesar el formulario antes de que la autorización entre en vigencia.

¿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 1 800 633 - 4227. Si desea una copia electrónica del manual, visite **Medicare.gov/gopaperless**.

¿Necesita una nueva copia de su tarjeta de Medicare?

Si necesita reemplazar su tarjeta porque está dañada o perdida, visite **Medicare.gov** para iniciar sesión (o crear) su cuenta segura de Medicare para imprimir u ordenar una copia oficial de su tarjeta de Medicare.

Si necesita reemplazar su tarjeta porque cree que alguien más está usando su número, llame al 1 800 633 - 4227.

¿Cambio de domicilio?

Si se mudó recientemente o piensa mudarse, actualice su dirección para continuar recibiendo información importante de Medicare. Llame al Seguro Social al 1 800 772 - 1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 800 325 - 0778. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), llame a la RRB al 1 877 772 - 5772. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 312 751 - 4701.

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.
- Problemas con la facturación.
- Quejas sobre su cuidado o tratamiento médico.
- Comparación de planes e inscripción.
- La manera en que Medicare funciona con su otro seguro.
- Cómo encontrar ayuda para pagar sus costos médicos.

El número de teléfono de su SHIP local aparece listado en las páginas 293 – 298. Comuníquese con un SHIP en su estado para aprender cómo convertirse en un consejero voluntario de SHIP.

¿Dónde puedo encontrar información general de Medicare en línea?

Visite Medicare.gov

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

¿Dónde puedo obtener información personalizada sobre Medicare?

Visite Medicare.gov para crear una cuenta

Visite **Medicare.gov** para ingresar o crear su cuenta segura de Medicare. También puede:

- Añadir sus recetas y farmacias para ayudarle a comparar mejor los planes de salud y medicamentos en su zona.
- Registrarse para dejar de usar papel—reciba su manual de "Medicare y Usted" y las reclamaciones, llamadas "Resúmenes de Medicare", electrónicamente.
- Ver sus reclamaciones del Medicare Original tan pronto como se procesen
- Imprimir una copia de su tarjeta oficial de Medicare.
- Consultar la lista de servicios preventivos para los que es elegible bajo el Medicare Original.
- Revisar sus **primas** de Medicare y cómo pagar en línea si recibe una factura de Medicare.

El “Botón Azul®” de Medicare

El “Botón Azul” de Medicare facilita la descarga de su información médica personal a un archivo en su computadora u otro dispositivo. 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, 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.

Recuerde: Trate su información personal y médica de la misma manera que trata otra información confidencial. Antes de compartir, averigüe cómo otros usarán su información, la mantendrán segura y protegerán su privacidad.

Visite **Medicare.gov** para iniciar sesión (o crear) en su cuenta segura de Medicare.

Botón azul 2.0®

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

Una vez que use su cuenta de Medicare para autorizar el intercambio de su información con una aplicación, puede usar esa aplicación para ver sus reclamaciones pasadas y actuales de Medicare.

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

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

¿Cómo puedo comparar la calidad de los proveedores?

Visite **Medicare.gov/care-compare** para encontrar y comparar la calidad del cuidado que los proveedores de la salud, como asilos de ancianos, hospitales y médicos, brindan a sus pacientes. Puede encontrar información sobre proveedores e instalaciones según sus necesidades individuales y obtener recursos útiles para tomar decisiones informadas sobre dónde obtiene su cuidado médico. Hable con su médico u otro profesional cuando elija un proveedor de la salud. Pregúntele a su médico qué opina sobre la calidad de los servicios brindados por otros proveedores.

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

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

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

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

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

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

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

Compare la calidad de los servicios proporcionados por los **planes de salud** y de medicamentos y por los proveedores a nivel nacional, en **Medicare.gov** o llamando al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Encontrará el número de teléfono de su SHIP local en las páginas 293 – 298.

¿Qué hace Medicare para coordinar mejor mi cuidado?

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

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

Archivos Médicos Electrónicos (EHR, en inglés)

Un archivo que su médico y otros proveedores de la salud, el personal del consultorio o del hospital, mantienen en una computadora con la información sobre su salud o tratamientos.

- Los EHR pueden reducir las probabilidades de que se cometan errores médicos, eliminar la duplicación de exámenes y mejorar la calidad general de la atención médica.

- El EHR de su médico puede vincular a un hospital, laboratorio, farmacia, otros médicos o sistemas de información de inmunización (registros), para que las personas que lo atienden puedan tener una imagen más completa de su salud.

Recetas electrónicas

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

Organizaciones Responsables de la Atención Médica/Organizaciones Responsables por el Cuidado de la Salud (ACO, en inglés)

Una ACO es un grupo de médicos, hospitales y/u otros proveedores de la salud que trabajan en forma conjunta para mejorar la calidad y la experiencia del cuidado que recibe. Las ACOs ayudan a los proveedores a coordinar su cuidado y brindarle un cuidado de mejor calidad. El cuidado coordinado ahorra tiempo y costos para pruebas repetidas y citas innecesarias. Puede hacer que sea más fácil detectar posibles problemas antes de que se vuelvan más serios, como las interacciones con medicamentos

que pueden ocurrir si un médico no está al tanto de lo que otro ha recetado. Medicare evalúa qué tan bien cada ACO cumple con estos objetivos cada año. Aquellas ACOs que hacen un buen trabajo pueden ganar un bono financiero. Las ACOs que reciben un bono pueden usar el pago para invertir más en su cuidado o compartir una Parte Directamente con sus proveedores. A veces, las ACOs pueden pagar una multa si su cuidado aumenta los costos.

Una ACO no limita su elección de proveedores de la salud. Sus beneficios de Medicare no están cambiando. Aún tiene derecho de visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor que acepte Medicare en cualquier momento, como lo hace ahora. Una ACO **no** es un **plan Medicare Advantage** que es una alternativa 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.

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

Compartir su información médica con las ACOs

Para ayudar a sus proveedores a coordinar su cuidado, Medicare brinda cierta información sobre su cuidado a las ACOs que trabajan con sus proveedores de la salud. Compartir sus datos con su ACO y médico ayuda a garantizar que todos los que participan en su cuidado tengan acceso a su información de salud cuando y donde la necesiten. Incluso si se niega a compartir su información, Medicare seguirá usando su información para algunos propósitos, como evaluar el desempeño financiero y de calidad de los proveedores de la salud que participan en ACO. Si no desea que Medicare comparta su información de salud, llame al 1 800 633 - 4227. Si tiene preguntas o inquietudes, puede hablar con su proveedor de la salud durante su visita médica.

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

Para más información sobre las ACOs, visite **Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations** o llame al 1 800 633 - 4227.

Otras maneras de obtener información sobre Medicare

Correos electrónicos de Medicare

Visite **Medicare.gov** para crear su cuenta segura de Medicare. Incluya su dirección de correo electrónico para recibir información y recordatorios importantes 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 1 800 633 - 4227. Consulte la página 270 para obtener información sobre cómo obtener publicaciones gratis en formatos accesibles.

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.

Otros Contactos Útiles

Seguro Social

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

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

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

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

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

Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, en inglés)

Si usted es un excombatiente/veterano o ha sido Parte De las Fuerzas Armadas.

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

Oficina de Gerencia de Personal

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

Retirados: 1 888 767 - 6738, TTY: 711
opm.gov/healthcare-insurance

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

Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés)

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

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

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

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

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

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

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

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

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

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

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

Delaware Delaware Medicare Assistance Bureau 1 800 336 - 9500

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Michigan MMAP, Inc. 1 800 803 - 7174

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

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

Missouri CLAIM 1 800 390 - 3330

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

Nebraska Nebraska SHIP 1 800 234 - 7119

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

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

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

New Mexico New Mexico ADRC SHIP 1 800 432 - 2080

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

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

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

Ohio Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP) - 1 800 686 - 1578 TTY: 1 614 644 - 3745

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

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

Pennsylvania Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight (PA MEDI) 1 800 783 - 7067

Puerto Rico State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 1 877 725 - 4300 - TTY: 1 878 919 - 7291

Rhode Island Senior Health Insurance Program (SHIP) 1 888 884 - 8721 TTY: 401 462 - 0740

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

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

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

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

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

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

Virgin Islands Virgin Islands State Health Insurance Assistance Program (VISHIP) -
1 340 772 - 7368 St. Croix area;
1 340 714 - 4354 St. Thomas area

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

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

Washington D.C. DC SHIP 202 727 - 8370

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

Wisconsin WI State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 1 800 242 - 1060 TTY: 711

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

Sección 10: Definiciones

Área de servicio

El área geográfica donde el plan acepta miembros. El plan puede limitar la membresía según el lugar donde vivan las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia).

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 en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés)

Cuidado de enfermería especializada y de terapia brindado a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado de SNF incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que sólo pueden ser administradas por una enfermera registrada o fisioterapeuta.

Deducible

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

Demostraciones

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

Días de reserva vitalicios

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

Formulario

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

Hospital de acceso crítico

Un centro ubicado en una zona rural a más de 35 millas (o 15 millas si es terreno montañoso o en áreas con sólo caminos secundarios) desde otro hospital u hospital de acceso crítico. Este centro ofrece cuidado de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana, tiene 25 camas para pacientes internados o menos, y mantiene una estadía promedio de 96 horas o menos para los pacientes de cuidado grave.

Hospital de cuidado a largo plazo

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

Identificador de Proveedor Nacional (NPI, en inglés)

Un número de identificación único para los proveedores de la salud participantes en el programa de Medicare.

Medicaid

Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y (en algunos casos) recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de servicios de salud están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid.

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/médicamente necesario(s)

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.

Organización Responsable del Cuidado de Salud (ACO)

Grupos de médicos, hospitales y otros profesionales de la salud que trabajan juntos para brindarle un servicio y cuidado médico coordinado y de alta calidad.

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. PACE es un tipo 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, ofrecen los beneficios de la Parte D.

Plan Medicare

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

Plan Medicare Advantage (Parte C)

Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare. Los planes Medicare Advantage (MA) ofrecen todos los beneficios de la Parte A y Parte B, con algunas excepciones, por ejemplo, ciertos aspectos de ensayos clínicos que están cubiertos por el Medicare Original a pesar de que todavía están en el plan. Los planes

Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones de Mantenimiento de la Salud
- Organizaciones de Proveedores Preferidos
- Planes Privados de Pago por Servicio
- Planes de Necesidades Especiales
- Planes de Cuentas de Ahorro Médico

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage:

- La mayoría de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan.
- Los servicios de Medicare no son pagados por el Medicare Original.
- La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados.

Póliza de Medigap

Seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los “vacíos” en la cobertura del Medicare Original.

Prima

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

Profesional de cuidado primario/Proveedor de cuidados primarios

Un médico con especialización en la medicina interna o cuidado familiar, geriátrico o pediatría, una enfermera clínica especializada o un asistente médico.

Referido

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

Servicios preventivos

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

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

A

Acupuntura 59

Ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA, en inglés) 38

Andadores 89

Aneurisma abdominal aórtico 58

Anteojos 92

Aparatos ortopédicos 115

Aparatos ortopédicos (cuello/piernas/brazos) 115

Apelación **244 – 249**, 276

Archivo Médico Electrónico (EHR) 283

Área de servicio 176, 192, **299**

Asignación 57, **142**, 299

Asilo para ancianos (geriátrico) 49, **134 – 136**, 168, 176, 236, 303

Asistente médico **86**, 107

Atención urgente 126

Audífonos 95, 133, 179

Autorización para divulgar información médica personal 274

Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN) 252 – 253

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

Avisos 53, **153**, 166, 218, 242, 249 – 250, 270 – 271

Aviso sobre la privacidad/confidencialidad 258 – 259

Ayuda Adicional (para pagar por la cobertura de sus recetas médicas) 191, 299

Ayuda con los costos 225 – 234

Ayuda en otros idiomas 325 – 326

B

Beneficios para Veteranos (VA) 222, 291

Botón azul 266, 278

Botón azul 2.0® 141, 279

C

Calidad de la atención 178, 290

Cataratas 92

Centro de cirugía ambulatoria 63

Centro de Enfermería Especializada (SNF) **46 – 50**, 100, 301

Centros Médicos Autorizados Federalmente 93, 120

Cirugía estética 133

Clínica de salud rural 117, 120

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

Cobertura catastrófica 201

Cobertura de las recetas médicas (Parte D)
Apelaciones 248 – 249
Cobertura de la Parte A 48 – 51
Generalidades 191 – 202
Inscripción, cambio o cancelación 193 – 194
Multa por inscripción tardía 202 – 204

Cobertura válida de medicamentos 191 – 193, 202 – 204, 216 – 218, 300

COBRA 28, 219

Colonoscopia 76

Consejería para el abuso del alcohol 61

Contratista de Medicare para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) 209, **268**

Control de la terapia de medicamentos 216

Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación 36, **289**

Coronavirus 2019. *Vea* COVID-19.

Costos (copagos, coseguro, deducibles y primas)
Ayuda Adicional para la Parte D 225 – 230
Ayuda con los gastos de las Partes A y B 232 – 233

COVID-19 80

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

Cuenta de Ahorros Médicos (HSA) 32
Cuenta de Medicare 141, **266**
Cuidado a largo plazo 133 – 134, **303**
Cuidado de hospicio **48 – 49**, 149, 250
Cuidado de hospital (internación) **51 – 52**, 305
Cuidado de la salud en el hogar 253
Cuidado dental/dentaduras 133
Cuidado de relevo 49

D

Definiciones 299 – 302
Demencia 73, 131, 168
Demostraciones 302
Densitometría ósea 65
Departamento de Asuntos de Veteranos 203, **222**, 291
Departamento de Defensa 291
Depresión 83, 107
Derechos 241 – 252
Desfibrilador (automático implantado) 83
Determinación de cobertura (Parte D) 248 – 249

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

Diabetes 94, 96, 168

Diálisis renal 23, **102**, 155 – 157, 276

Días de reserva vitalicios de por vida 52, 302

Discriminación 241, 271

Doblemente elegible 235

E

Electrocardiograma (EKG) 91, 122

Enema de bario 75

Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) 67

Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) **23**, 27 – 29, 96, 154, 168

Enfermera profesional/licenciada 86, 107

Enfermeras practicantes 92

Entrenamiento de terapia de nutrición 84

Equipo (médico) 49, 54, 78, 89 – 90, 102, 113 – 114

Equipo Médico Duradero (como andadores) **87 – 88**

Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) 22

Estudios de investigación clínica 72

Evaluación cardiovascular 67

Evaluación cognitiva **73**, 131

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

Evaluación de cáncer colorrectal 75, 79, 83, 84, 93, 95, 96, 98, 99, 103, 104, 105, 108, 109, 114, 115, 118, 128, 130

Evaluación de Riesgo para la Salud 130

Examen de equilibrio 95

Examen de los senos 68

Examen de sangre oculta en la materia fecal 76

Examen pélvico 68

Excepción (Parte D) 208, 213, **248**

F

Formulario 197, 248, **302**

Formularios de impuestos 35, 36

Fraude 209

I

Identificador de Proveedor Nacional (NPI) 145, **303**

Incapacidad **21 – 25**, 34, 233

Ingresos limitados 225 – 230

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

Inscripción
Parte A 21 – 24
Parte B 21 – 27
Parte C 154 – 155
Parte D 193 – 195
Plan de Medicare para medicamentos 191 – 192
Plan de salud de Medicare 153 – 154

Inscripción Abierta 151, 185, 243

Inscripción Abierta Medicare Advantage 17, **169 – 170**

Institución/centro 49, **134**, 168 – 169, 176, 195, 228, 236 – 237

Institución religiosa no médica para servicios de la salud 46, 53

Intermediario del beneficiario de Medicare 269

Internación en el hospital 51 – 52

J

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) 21 – 22, 32, 140, 199, **292**

L

Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) 28 – 29

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

M

Manual electrónico 274

Medicaid 132, 218, 228 – 231

Medicamentos (para paciente ambulatorio) 88

Medicare
- Parte A 21 – 23, **46 – 50**
- Parte B 21 – 25, 56 – 81
- Parte C 147 – 160
- Parte D 191 – 202

Medicare.gov 276

Medicare Original 57, **137 – 140**

Médico de cabecera 61, 138, 161 – 165, 304

Mercado de Seguros Médicos 31 – 33

Miembros artificiales 115

MSA. *Vea* Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos

MSN. *Vea* Resumen de Medicare

Multa (por inscripción tardía)
- Parte A 38
- Parte B 38
- Parte D 202 – 203

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

N

Niveles (clasificación del formulario) 197, 248

O

Oficina de Gerencia de Personal 40, 220, 292

Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) 176, **234 – 236**

Opciones de pago (prima) 40 – 41, 198 – 199

Organizaciones Responsables de la Atención Médica (ACO) 284 – 285

Organización para Mejoras de la Calidad 250, **290**

Ortopédicos 90

Oxígeno 89

P

PACE (Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos) **176**, 238

Penalidad por inscripción tardía
- Parte A 38
- Parte D 202 – 204

Período de beneficio 52, **305**

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

Período Especial de Inscripción
Parte D (Planes de recetas médicas) 195 – 196
Partes A y B 27 – 28

Período General de Inscripción **29**, 40, 169, 193

Período Inicial de Inscripción **26**, 40, 169, 193

Plan de salud grupal (Empleador)
Cobertura de las recetas médicas **193**, 202, 218
Inscripción abierta para Medigap 185
La inscripción en las Partes A y B 26 – 27
Planes Medicare Advantage (Parte C) 156

Planes de Medicare y Medicaid integrados 237

Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO en inglés) 158

Planes Medicare Advantage
Calificaciones del plan 160 – 161
Costos 157
Generalidades 147
Inscripción, cambio o cancelación 169 – 171

Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos (MSA) **162**

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

Planes Medicare de Medicamentos Recetados
Costos 199 – 203
Inscripción 193 – 194
Tipo de planes 192 – 193

Planes privados de pago por servicio (PFFS) 165

Planificación de instrucciones anticipadas 60

Plan Medicare de Costo 175, 192, 306

Póliza de Medigap 306

Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)
Cobertura de Medicamentos 220
Inscripción Abierta 185
Medicare Original 139
Planes Medicare Advantage 186

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) 293 – 296

Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) 237 – 238

Programas Medicare de Ahorros 231 – 232

Programas piloto **178**, 237, 306 – 307

Prótesis 115

Prueba de Papanicolaou 68

Publicaciones 288

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

Q

Quimioterapia 69

R

Radiografías 70

Rayos X 52, 113, **122**

Recetas electrónicas 284

Referido
- Definición 308
- Medicare Original 138
- Planes Medicare Advantage 151, **161 – 165**
- Servicios cubiertos por la Parte B 58 – 59, 91, 115, 122, 128

Rehabilitación cardíaca 66

Rehabilitación pulmonar 116

Resumen de Medicare (MSN) **140 – 141**, 265

Robo de identidad 263

S

Sala de emergencia 91

Salud mental 51, 107

Sangre 48, 65

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

Segunda opinión sobre una cirugía 117

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 228, **239**

Seguro Médico para Empleados Federales 221, 292

Seguro médico para jubilados 28 – 31, 218

Seguro Social 289
- Ayuda Adicional con los costos de la Parte D 230
- La inscripción en las Partes A y B 21 – 22
- Las primas de las Partes A y B 37 – 40
- Las primas Parte D 198 – 199
- Seguridad de Ingreso Suplementario 239

Servicio de Salud para Indígenas 203, **224**

Servicios ambulatorios del hospital 50 – 51, 112

Servicios cubiertos (Partes A y B) 45 – 75

Servicios de Administración de Cuidado de Transición 123

Servicios de ambulancia 62

Servicios de educación sobre la enfermedad renal 102

Servicios de laboratorio 102

Servicios de patología del lenguaje 100, 119

Servicios de trasplante 66, **124**

Servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides **110**, 209 – 211

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

Servicios preventivos 19, 56 – 60, 75 – 76, 79 – 80, 83 – 84, 84 – 85, 93 – 94, 93 – 98, 95 – 96, 96 – 97, 98 – 99, 99 – 100, 103 – 104, 104 – 105, 105 – 106, 108 – 109, 109 – 110, 114 – 115, 115 – 116, 118 – 119, 128 – 129, 130 – 131, 308

Servicios que no brinda el médico 86

Sigmoidoscopia flexible 76

Silla de ruedas 89

Sindicato
- Inscripción abierta para Medigap 185
- Inscripción en las Partes A y B 30
- La cobertura de las recetas médicas 193, 218
- Los costos de la Parte A pueden variar 47
- Planes Medicare Advantage 156

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) 191, 299

Suministros médicos (insumos) 51, 115

T

Telemedicina (Telesalud) 120

Terapia física 100, **114**

Terapia ocupacional 100, **109**

Trasplante renal/de riñón 23, **124 – 125**

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

V

Vacuna 93, 114, **119**, 128, 308

Vacuna contra la gripe/influenza 93

Vacunas/inmunizaciones 93, 308

Vendajes quirúrgicos 120

Viaje al extranjero 125, 179

Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” 91

Visitas electrónicas 92

Vista 92, **133**

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

325 _ Ayuda en otros idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

327 _ Ayuda en otros idiomas

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).

Guarde este manual para consultarlo en el futuro.

“Medicare y Usted” no es un documento legal. Las normas oficiales del Programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

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

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, $300

CMS Product No. 10050-LS
September 2021

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 1 800 633 - 4227 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**.