

Medicare YUsted



2007

**La publicación oficial del gobierno que
contiene información importante sobre**

- **lo que es nuevo.**
- **lo que está cubierto.**
- **los planes de salud.**
- **los planes de recetas médicas.**
- **sus derechos.**

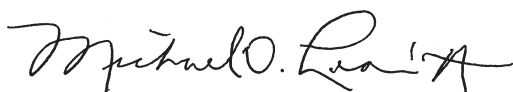
Bienvenido a Medicare y Usted 2007

Medicare le ayuda a mantenerse sano y activo. El programa le ofrece más beneficios que nunca. Muchas más personas están aprovechando los servicios preventivos que paga Medicare, y un número sin precedente de beneficiarios tienen ahora un plan de recetas médicas. Medicare tiene como meta el brindarle información y herramientas que le ayuden a tomar las decisiones más apropiadas sobre su salud, de acuerdo a sus necesidades individuales.

MiMedicare.gov es un nuevo servicio en Internet. Con esta herramienta, usted podrá ver sus reclamaciones, cuáles son los servicios preventivos que necesita y obtener los detalles más actualizados sobre cómo aprovechar al máximo los beneficios de Medicare. Si no tiene acceso a Internet, podrá obtener la misma información llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE y a través de los diversos socios de Medicare de la comunidad.

Éste es sólo el principio. Medicare está trabajando con más empeño que nunca para mejorar la información que usted recibe. Una mejor información significa que usted puede comparar y escoger una atención mejor a un precio mejor. Significa ayudarle a acceder a tratamientos nuevos y prácticas innovadoras. Como siempre, la ayuda que le brindamos está disponible a toda hora, del día o de la noche. Usted puede visitar www.medicare.gov o llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Medicare también está presente en su comunidad para darle las respuestas que necesite.

Gracias por tomarse el tiempo de consultar este manual de Medicare.



Michael O. Leavitt
Secretario
Departamento de Salud y
Servicios Humanos



Mark McClellan, M.D., Ph.D.
Administrador
Centros de Servicios de
Medicare y Medicaid

Lo Básico del Seguro Medicare

Generalidades sobre Medicare

Medicare es un seguro médico para personas de 65 años de edad o mayores, personas menores de 65 años con incapacidades y personas de todas las edades que padecen de enfermedad renal en etapa final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante renal).

La mayoría de las personas obtienen sus beneficios de Medicare de una de dos maneras. Sus costos varían según su cobertura y los servicios que use.

Plan Original de Medicare

Parte A (Hospital)

Parte B (Seguro Médico)

Medicare brinda esta cobertura. La Parte B es opcional. Usted puede escoger a sus médicos. En algunos casos, los gastos directos de su bolsillo pueden ser más elevados que en los Planes Medicare Advantage.



Parte D (Cobertura de Recetas Médicas)

Usted puede escoger esta cobertura. Estos planes son ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare. Los costos y los medicamentos cubiertos varían según el plan. Los medicamentos necesarios por razones médicas deben ser cubiertos.



Póliza (Seguro Suplementario a Medicare) Medigap

Usted puede elegir comprar un seguro privado (tal vez su empleador o sindicato le ofrezcan una opción similar), para completar las “faltas” de cobertura de las Partes A y B. Los costos varían de acuerdo a la póliza y a la compañía que la vende.

O

Planes Medicare Advantage como los HMO y los PPO

Llamada “Parte C”, esta opción combina la Parte A (Hospital) y la Parte B (Seguro Médico)

Esta cobertura es ofrecida por compañías privadas aprobadas por Medicare. Generalmente, usted debe consultar a los médicos del plan. En algunos casos, los gastos directos de su bolsillo pueden ser más bajos que en el Plan Original de Medicare y podría tener beneficios adicionales.



Parte D (Cobertura de Recetas Médicas)

La mayoría de los planes de la Parte C ofrecen cobertura de recetas médicas. Si no lo hacen, usted puede adquirirla. Los costos y medicamentos cubiertos varían según el plan. Los medicamentos necesarios por razones médicas deben ser cubiertos.

Para información sobre

- El Plan Original de Medicare, vea las páginas 25–32.
- Los Planes Medicare Advantage, vea las páginas 33–42.
- La cobertura de Medicare para recetas médicas, vea las páginas 43–56.
- Otros planes de Medicare, vea las páginas 58–59.

Lo Básico del Seguro Medicare

¿Qué es lo nuevo e importante en Medicare en el 2007?

- **Lo que paga por Medicare**—Vea las cantidades para el 2006 en las páginas 101–104.
- **La prima de la Parte B**—Si es soltero y su ingreso anual es **más** de \$80,000 (o \$160,000 para un matrimonio), su prima mensual de la Parte B será más cara que la de los beneficiarios con ingresos más bajos. Si desea información consulte las páginas 11.
- **Planes Medicare Advantage (Parte C) (como los HMO o los PPO)**—Averigüe sobre los planes en su área a partir de la página 33.
- **Planes de Medicare para Recetas Médicas (Parte D)**—Averigüe sobre los planes en su área a partir de la página 43.
- **Terapia física, ocupacional y del lenguaje/habla**—Puede que se apliquen límites en el 2007, consulte la página 103.
- **Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)**—Los MSA son una manera nueva de obtener su atención médica, vea la página 39.



Cuando vea este símbolo en esta publicación, significa que la información en el recuadro es muy importante.



Si todavía no se ha inscrito en un plan de recetas médicas de Medicare, tendrá otra oportunidad de hacerlo cada año en el otoño. Si desea más información, vea las páginas 43–56.

“Medicare y Usted 2007” explica el Programa Medicare. No es un documento legal. Las normas oficiales del Programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Lo Básico del Seguro Medicare

¿Dónde puedo obtener ayuda o más información?

- Visite www.medicare.gov por Internet.
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener ayuda en inglés, español y otros idiomas. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Regístrese en MiMedicare.gov por Internet. Usted tiene acceso a la información sobre Medicare en cualquier momento en Internet. Vea las reclamaciones, pida formularios y publicaciones, y más, (consulte la página 89). Los socios de Medicare pueden ayudarle a tener acceso a esta herramienta, si no tiene una computadora.
- Llame a su Departamento Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para obtener asesoría gratuita sobre la selección de planes, la compra de una póliza Medigap y sus derechos y apelaciones Medicare (vea las páginas 92–95 para obtener los números de teléfono).
- Medicare trabaja con muchas organizaciones alrededor del país y en su comunidad local. Para una lista detallada de números telefónicos y sitios para obtener ayuda personalizada, consulte las páginas 89–95.

¿Cómo puedo buscar en este manual la información que me interesa?

1. Consulte la sección titulada “Tabla de Contenido”, o
2. Vea la “Lista de Temas” (Índice) que comienza en la página 1. Esta lista en orden alfabético sobre los temas específicos es el modo más sencillo de buscar información.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 97–100.

Lo Básico del Seguro Medicare

Si usted es nuevo en Medicare...

Lista de lo que “debe hacer”

- ☐ Decida cómo desea obtener la cobertura de Medicare, vea las páginas 23–24.
- ☐ Vea las páginas 63–70 para averiguar sobre la ayuda para pagar los gastos de salud.
- ☐ Averigüe si su seguro actual puede trabajar con Medicare, vea las páginas 60–61.
- ☐ Haga una cita para el examen físico “Bienvenido a Medicare”, vea la página 17.
- ☐ Pregunte a su médico cuáles son los servicios preventivos que debe recibir, vea la página 12.
- ☐ Tenga en cuenta la cobertura de recetas médicas, vea las páginas 43–56. Si tiene cobertura de su empleador o sindicato, vea la página 50.
- ☐ Escriba los teléfonos importantes en la cara interior de la última página.
- ☐ Regístrese en MiMedicare.gov para tener acceso a la información personalizada de Medicare, consulte la página 89.

Tabla de Contenido

Páginas

Sección 1	Lista de Temas (Índice)	1–6
Sección 2	Lo que está Cubierto	
	¿Qué es la Parte A de Medicare?	7–8
	Servicios y Suministros Cubiertos por la Parte A	9
	¿Qué es la Parte B de Medicare?	10–11
	Servicios y Suministros Cubiertos por la Parte B	12–20
	¿Lo que no está Cubierto?	21–22
Sección 3	Decida Cómo Obtener sus Beneficios de Medicare	23–24
Sección 4	El Plan Original de Medicare	
	Qué es y Cómo Funciona	25–26
	Sus Costos en el Plan Original de Medicare	26
	Qué es la Asignación y Porqué es Importante	27
	Agregar la cobertura de recetas médicas al Plan Original de Medicare	28
	Pólizas Medigap (Seguros Suplementarios a Medicare)	29–31
	Cómo se Pagan sus Facturas si Tiene otro Seguro Médico.....	31–32
	Otras Maneras de Obtener sus Beneficios Medicare	32
Sección 5	Planes Medicare Advantage (Parte C)	
	¿Qué son los Planes Medicare Advantage (como los HMO o los PPO)?	33
	¿Quién puede Inscribirse?	34
	Si se Inscribe.....	35
	Cómo Funcionan los Planes Medicare Advantage	36–39
	Planes Medicare Advantage con Cobertura de Recetas Médicas	40
	Los Costos del Plan	40
	Ahorros en las Primas	41
	Cómo se Pagan sus Facturas si Tiene otro Seguro Médico	41–42
	Otras Maneras de Obtener sus Beneficios Medicare	42

(continúa)

Tabla de Contenido

	Páginas
Sección 6	La Cobertura de Medicare para Recetas Médicas (Parte D)43–56
Sección 7	Otros Planes Medicare, del Gobierno y Seguros Privados57–62
Sección 8	Ayuda para las Personas con Ingresos y Recursos Limitados63–70
Sección 9	Cómo Inscribirse y Cambiar de Planes71–78
Sección 10	Sus Derechos Medicare79–88
Sección 11	Si Desea Más Información Obtenga información personalizada en cualquier momento89 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)90 Otros Contactos Importantes91 Su Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud92–95 Publicaciones de Medicare.....96
Sección 12	Definición de las Palabras en Color Azul97–100
Sección 13	Los Costos de Medicare en el 2006101–104

Si desea una lista detallada de los temas de esta publicación, consulte la página siguiente.



La información de este manual era correcta al momento de su impresión. Tal vez se hayan hecho cambios después de la impresión. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Lista de Temas (Índice)

1

Sección

La primera página enumerada para cada tema provee la información más detallada.

1-800-MEDICARE90

A

Acupuntura21

Andadores9, 15, 16, 90

Anteojos15, 21

Aparatos de asistencia auditiva 16, 21, 23

Aparatos ortopédicos/abrazaderas
(cuello, brazos, espalda y
piernas)18

Apelación26, 79–82, 89–90, 97

Área de servicio33–34, 56, 71, 77–78

Asignación26, 27

Asilos de ancianos.....21, 38, 49, 98

Autorización previa54

Aviso al Beneficiario por Adelantado..80

Aviso sobre prácticas de
privacidad.....83–84

Ayuda63–70, 81, 89–95

Ayuda adicional
Costos de Medicare.....49, 64–65
Costos médicos66–67

B

Barbitúricos53

Beneficios de Salud para Empleados
Federales (FEHB)51, 60

Beneficios militares10, 24, 51, 60, 91

Beneficios para veteranos
(VA)24, 51, 60, 91

Benzodiazepinas.....53

Bienvenido a Medicare
(Examen físico)17



Sección 1: Lista de Temas (Índice)

C

Calidad	8, 12, 23, 89
Cama de hospital	9, 15, 16
Cantidad aprobada por Medicare	27, 94, 102–104
Cargo limitante/límite	27
Centro de cirugía ambulatoria.....	13
Centro de Enfermería Especializada (SNF).....	9, 18, 81, 96–97, 105
Centro de rehabilitación general ambulatoria.....	81
Cirugía estética.....	21
Cobertura (servicios cubiertos).....	9, 12–20
Cobertura acreditable/válida de medicamentos recetados.....	47, 49, 50, 61, 72–73, 97, 100
Cobertura catastrófica	45
COBRA	11, 61
Cobertura de medicamentos a través de su empleador o sindicato ..	19, 31, 41, 43, 50, 61, 47, 96
Cobertura de recetas médicas de Medicare ..	35, 40, 43–56, 101–103, 107
Colonoscopia	14
Consejería afectiva	9
Contratista de Coordinación de Beneficios	31, 41, 91
Copago	25, 33, 35, 44, 93, 105–106
Coseguro	25, 35, 44, 93, 105–106

C (continuación)

Costos	
2006	101–104
Asignación.....	27, 26
Coseguro.....	25, 35, 44, 97, 102–103
Copago	25, 33, 35, 97, 102–103
Deducible	10, 21, 25, 40, 44, 97, 103
Ayuda con los gastos.....	63–70
Cuidado ambulatorio	13
Cuidado de custodia/ compañía	7, 21, 98, 100
Cuidado dental	21, 35
Cuidado de hospicio	9, 81, 102
Cuidado de relevo	9, 102
Cuidado de la salud en el hogar	9, 16, 81, 102–103
Cuidado de salud a largo plazo.....	7, 9, 21, 62, 98
Cuidado de salud mental.....	9, 17, 106
Cuidado de los pies	15, 21
Cuidado de la vista	21, 23, 35
Cuidado urgente.....	19, 33, 82

D

Deducible	10, 25, 40, 44, 64, 97, 103
Definiciones.....	97–100
Dentaduras	21
Departamento de Defensa	91
Departamento Estatal de Seguros	90
Departamento de Salud y Servicios Humanos (Oficina del Inspector General)	86–87, 91

D (continuación)

Departamento de Asuntos de
Veteranos24, 60, 91
Derechos76–77, 79–85
Diabetes14–15, 17, 21, 38
Determinación de cobertura97, 81
Diálisis renal16, 34, 71, 74
Días de reserva de por vida/
vitalicios.....98, 102
Discriminación88
Disputa (vea queja)8, 79–82, 85
Doctor/Servicios del médico 10, 15, 103
“Donut Hole” (vea período sin
cobertura).....44, 45, 53

E

Electrocardiograma (EKG)19
Enema de bario14
Enfermedad Renal en Etapa
Final (ESRD)16, 34, 71, 74
Equipo médico duradero (como
silla de ruedas) ..9, 15, 16, 27, 102–103
Especialista.....36–37
Evaluación cardiovascular13
Examen clínico de los senos
(vea prueba Papanicolaou)17
Examen de sangre oculta en la
materia fecal.....14
Evaluación de cáncer colorectal14
Examen de equilibrio16
Exámenes del oído16, 21, 35
Evaluación de la próstata
(prueba de PSA)18
Examen físico15, 17, 21

E (continuación)

Examen pélvico17, 37
Excepción53–54, 82, 98

F

Facturas (reclamaciones)
Parte A.....26–27, 31, 80, 87, 89
Parte B.....26–27, 31, 80, 87, 89
Parte C 41
Formulario28, 46, 53, 55, 98
Fraude (Facturación)87–88

H

Hipoteca invertida62
Hospital (cuidado, cobertura
de internación)7, 9, 81, 101–103
Hospitales de acceso crítico7, 9, 93

I

Incapacitado8, 38, 47, 68, 72
Imagen por Resonancia
Magnética (MRI).....19
Ingresos limitados49, 63–70
Inscripción y cambio
de plan34, 51, 71–78
Institución38, 49, 54, 72, 98
Intermediario del beneficiario
de Medicare85
Internet89

J

Junta de Retiro Ferroviario
(RRB)7, 10, 90–91



Sección 1: Lista de Temas (Índice)

L	
Límites de cantidad.....	54
Línea abierta contra el fraude	86–87
Línea abierta del Inspector General	86–87
Línea de ayuda de Medicare	90
Luxación.....	13

M	
Mamografía	16, 37
Medicaid	66, 49, 64, 69, 71–72, 98
Medicamentos recetados	18, 21, 28, 36, 43–56
Medicamentos de marca	53–55
Medicamentos genéricos.....	53–55
Medicamentos para el cáncer	18
Medicamentos para la disfunción eréctil	53
Medición de masa ósea	13
Médico de cuidado primario	36–37, 98
Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)	11, 29–31, 74, 100
MiMedicare.gov	89

N	
Necesario por razones médicas	9–10, 12–19, 54, 98
Niveles (formulario)	55, 98
Números telefónicos.....	90–95 (cara interna de la última página)

O	
Oficina de Asistencia Médica (Medicaid)	65–70, 90

O (continuación)

Oficina de Derechos Civiles	88, 91
Oficina del Inspector General	89
Oficina de gerencia de personal	60
Ojos y miembros artificiales	18
Opción de punto de servicio	37, 95
Organización de Proveedores Preferidos (PPO)	23, 33–34, 36, 43, 99, 71, 78
Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)	33–34, 37, 71–78, 80, 98
Organización para el Mejoramiento de Calidad	8, 12, 90
Organización Regional de Proveedores Preferidos	36, 78
Ortóticos	18
Oxígeno	9, 15–16, 90

P	
PACE (Programas de Cuidado Total de Salud Para Ancianos)	59, 69
Pago condicional	31
Parte A (Seguro de Hospital) ..	7–9, 21, 23, 33–35, 101–102
Prima	86–88, 91
Parte B (Seguro Médico)	10–21, 25, 27, 106
Penalidad	10, 99, 104
Prima	8, 10, 11, 35, 40, 44, 101–104
Parte C	33–42, 99
Penalidad	95, 104
Prima	35–37, 41, 44, 101–104
Parte D	28, 43–56
Penalidad.....	30, 43, 47–48, 50, 99, 104
Prima.....	36, 43, 47, 56, 101–104

P (continuación)

Penalidad por inscripción tardía (Vea las penalidades para las Partes B, C o D)	13, 21, 104
Período de beneficio	9, 104
Período especial de inscripción	10, 61, 72, 99
Período sin cobertura	44, 45, 53, 55
Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)	39, 35, 43, 99
Plan de Costo de Medicare	43, 58, 99
Plan para Necesidades Especiales	38, 74, 99
Planes de recetas médicas de Medicare 23, 28, 43 – 56, 99, 101–104	
Planes Medicare Advantage	23, 33–42, 99, 101–104
Cobertura de recetas médicas	35–38, 40–41
Planes Medicare SELECT	75
Planes Privados de Pago-por- Servicio	35, 37, 43, 100
Plan de salud grupal	11, 19, 31, 41, 61
Plan Original de Medicare	23–32, 100
Costos	26–27, 101–104
Prácticas de privacidad	83–84
Primas	11, 35–37, 43, 56, 99, 104
Prima de la Parte B (basada en los ingresos)	11
Prima de la Parte D (promedio nacional)	48
Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	92–95, 100

P (continuación)

Programa Estatal de Seguro Médico para Niños	63
Programas piloto	59, 86
Pruebas/ensayos clínicos	13
Prótesis	18
Pruebas	13
Prueba de colesterol	13
Prueba de glaucoma	15
Prueba Papanicolau	17, 37
Publicaciones	96

Q

Quejas (Apelaciones)	8, 79–82, 85
----------------------------	--------------

R

Rayos X	19
Red	36–37, 58
Referencia	23, 36–37, 99
Resumen de Medicare	26, 79–80, 83, 87, 89
Robo de identidad	86

S

Sala de emergencias	15, 33, 78
Sangre	9, 13, 102–103
Segunda opinión sobre una cirugía	18
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	49, 64, 68
Seguro privado	62–62
Seguro Social	7–8, 10–11, 56, 65, 68, 91



Sección 1: Lista de Temas (Índice)

S (continuación)

Seguro de vida	62
Servicios clínicos de laboratorio	13, 21
Servicios de ambulancia	13
Servicios ambulatorios del hospital.....	17, 102–103
Servicios de laboratorio (vea servicios clínicos de laboratorio)	13, 21
Servicios de facultativos	18
Servicios para dejar de fumar	18
Servicios preventivos	10–18, 89, 100
Servicios quiroprácticos	13, 21
Sigmoidoscopia	14
Silla de ruedas	9, 15, 16
Suministros médicos.....	9, 16–17, 27, 87
Diabetes	15, 21, 27

T

Tarjeta de Medicare.....	7, 25, 89–91
Teléfono de texto (TTY)	90–91, 100
Telemedicina	19, 100
Terapia del lenguaje/habla	9, 16, 19, 106
Terapia de nutrición	17
Terapia en pasos/etapas	54
Terapia de medicamentos inmunosupresores	19
Terapia física	9, 16, 18
Terapia ocupacional.....	9, 16–17
Territorios	64, 70
Tomografía Computarizada (CT Scan)	19
Trasplantes	19, 74

T (continuación)

Trasplante renal.....	16–17, 19, 34, 71, 74
TRICARE	10, 24, 51, 60, 91

V

Vacunas	15, 16, 18, 21
Vacuna contra la gripe/ influenza	15
Vacuna contra la Hepatitis B.....	16
Vacuna contra la pulmonía	18
Vendaje quirúrgico	19
Viaje al extranjero	19, 21

W

Web	89
www.medicare.gov.....	89

Z

Zapatos ortopédicos	21
---------------------------	----

Sección

Lo que está Cubierto

Medicare cubre ciertos servicios médicos y suministros en hospitales y otras situaciones. Algunos están cubiertos por la Parte A y otros por la Parte B de Medicare. Siempre que tenga tanto la Parte A como la Parte B, estos servicios y suministros estarán cubiertos si usted está inscrito en el [Plan Original de Medicare](#) o en un [Plan Medicare Advantage](#) (como un HMO o PPO).

¿Qué es la Parte A de Medicare?

La Parte A de Medicare, le ayuda a pagar por su internación en hospitales, [hospitales de acceso crítico](#), y centros de enfermería especializada (no paga por el cuidado de custodia o [cuidado a largo plazo](#)). También ayuda a pagar por el cuidado de hospicio, y cierto tipo de cuidado en el hogar. Para obtener estos beneficios, debe cumplir con ciertos requisitos.

Si no está seguro si tiene la Parte A, fíjese en su tarjeta blanca-azul-y-roja de Medicare (ver muestra de tarjeta abajo). Si usted tiene la Parte A, esta dirá “Hospital (PART A)” en su tarjeta.

Nota: Los modelos anteriores de la tarjeta son un poco diferentes pero aún siguen vigentes.

Las palabras en color **azul** están definidas en las páginas 97–100.

MEDICARE HEALTH INSURANCE	
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)	
NAME OF BENEFICIARY JANE DOE	
MEDICARE CLAIM NUMBER 000-00-0000-A	SEX FEMALE
IS ENTITLED TO HOSPITAL (PART A)	EFFECTIVE DATE 07-01-1986
MEDICAL (PART B)	07-01-1986
SIGN HERE <i>Jane Doe</i>	

¿Necesita reemplazar su tarjeta de Medicare?

Si se le ha extraviado o dañado su tarjeta, puede solicitar una tarjeta nueva en www.socialsecurity.gov por Internet. También puede llamar a la Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si usted tiene beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la oficina local de RRB o al 1-800-808-0772 o visite www.rrb.gov y seleccione “Beneficios en línea” (Internet).

¿Qué es la Parte A de Medicare? (continuación)

Costo: La mayoría de las personas obtienen la Parte A automáticamente sin tener que pagar una cuota mensual, llamada **prima**; debido a que ellos o su cónyuge pagaron sus impuestos de Medicare mientras trabajaban.

Si no tiene la Parte A libre de prima, quizá pueda comprarla si:

- usted o su cónyuge no son elegibles para el Seguro Social porque no trabajaron o no pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban y tiene 65 años o más.
- está incapacitado pero ya no recibe gratis la Parte A porque ha estado trabajando por algún tiempo.



Para averiguar el costo de la prima de la Parte A para el 2006 para aquellos que tienen que adquirirla, vea la página 101.

La mayoría de las personas que compran la cobertura de la Parte A, también tienen que inscribirse en la Parte B y pagar la prima de la Parte B.

Si tiene ingresos y recursos limitados, su estado podría ayudarle a pagar por la Parte A y/o B, (vea la página 67). Para más información visite www.socialsecurity.gov o llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-800-325-0778.



Si tiene preguntas o alguna queja sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, llame a la Organización local para el Mejoramiento de Calidad. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

La Parte A de Medicare le Ayuda a Pagar, si es Necesario por Razones Médicas...

Sangre	Pintas de sangre que usted recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta.
Servicios de Salud en el Hogar	Cuidado razonable limitado de enfermería especializada intermitente o a tiempo parcial, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla ordenados por su médico y brindados por una agencia de cuidado de salud en el hogar certificada por Medicare. También incluye servicios médicos sociales, equipo médico duradero (como silla de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores), suministros médicos para usar en el hogar, y otros servicios.
Cuidado de Hospicio	Para personas con una enfermedad terminal, medicinas para el control de síntomas y para aliviar el dolor, y otros servicios médicos y de apoyo de un hospicio aprobado por Medicare, que de otra forma no cubriría Medicare (como consejería si tiene alguna pena). Por lo general, el cuidado de hospicio se brinda en su hogar (también en un centro de enfermería si ese es su hogar). Sin embargo, Medicare cubre una estadía corta en un hospital y el cuidado de relevo para paciente interno (cuidado que se le brinda a un paciente de hospicio por otro cuidador, para que descanse el cuidador de costumbre).
Estadías en el Hospital	Habitación semi-privada, comidas, enfermería general, y otros servicios y suministros de hospital. Esto incluye internación en hospitales de acceso crítico y servicios de salud mental. No incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación. Tampoco incluye una habitación privada, a menos que sea necesario por razones médicas . El cuidado de internación en un centro psiquiátrico está limitado a 190 días durante toda su vida.
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada	Habitación semi-privada, comidas, enfermería especializada y rehabilitación, y otros servicios y suministros médicos (después de una estadía relacionada de 3 días en el hospital por una enfermedad o herida) por hasta 100 días en un período de beneficio . Nota: Medicare no cubre el cuidado a largo plazo .

Para costos específicos y otra información sobre estos servicios, vea las páginas 101–104

¿Qué es la Parte B de Medicare?

La Parte B ayuda a pagar los servicios del médico, el cuidado para paciente ambulatorio, y otros servicios médicos que no cubre la Parte A. La Parte B es opcional. Ayuda a pagar estos servicios y suministros médicos cubiertos cuando sean **necesarios por razones médicas** (vea las páginas 12–19). La Parte B también cubre algunos **servicios preventivos**.

Costo: Usted paga la **prima** mensual de la Parte B (\$88.50 en el 2006). En algunos casos, esta cantidad podría ser mayor si no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible por primera vez.

Usted también paga el **deducible** anual de la Parte B antes que Medicare comience a pagar su parte de los costos. Vea la página 103 para averiguar el monto del deducible para el 2006. Usted podría obtener ayuda de su estado para pagar la prima y el deducible (vea la página 67).



Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, el costo puede subir hasta en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haberse inscrito en la Parte B pero no lo hizo, excepto en casos especiales (vea **Período de Inscripción Especial en la página 100). Usted tendrá que pagar esta **penalidad** por todo el tiempo que tenga la Parte B.**

Si usted no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible por primera vez, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), llame a la oficina local de RRB al 1-800-808-0772.

La Parte B de Medicare y la Cobertura de TRICARE

Si tiene TRICARE, también tiene que tener la Parte B de Medicare para poder mantener la cobertura de TRICARE. Sin embargo, si es un miembro de las fuerzas armadas en actividad, o el cónyuge o hijo dependiente de un miembro en actividad, no necesita tener la Parte B de Medicare inmediatamente. Puede inscribirse en la Parte B durante el Período de Inscripción Especial, y en la mayoría de los casos no tendrá que pagar una penalidad.

La Parte B de Medicare y la Cobertura de Salud Grupal de un Empleador o Sindicato

Sus derechos como beneficiario de la Parte B pueden verse afectados si usted o su cónyuge aún están trabajando y tiene cobertura de salud a través de un empleador o sindicato o de COBRA (vea la página 61). Su decisión sobre cuándo inscribirse en la Parte B también podría afectar su derecho a comprar una [póliza Medigap](#) (Seguro Suplementario a Medicare). Si desea más información sobre la inscripción en la Parte B, llame al Seguro Social (vea la página anterior). También puede consultar la publicación “Inscribirse en Medicare” en www.medicare.gov o llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para hacer preguntas. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

NUEVO A partir del 1 de enero de 2007, la prima de la Parte B estará Basada en su Ingreso

La mayoría de las personas pagan la [prima](#) estándar de la Parte B. Sin embargo, algunos beneficiarios ahora pagarán una prima más alta de acuerdo a su ingreso bruto ajustado. Su prima mensual será más alta si es soltero/a (presenta una declaración de impuestos individual) y su ingreso anual es más de \$80,000, o si está casado (presentan una declaración de impuestos conjunta) y el ingreso anual es más de \$160,000. Estas cantidades cambian cada año. Las primas para el 2007 no estaban disponibles a la hora de impresión. Para obtener las tarifas del 2007, visite www.medicare.gov por Internet, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) después del 1 de enero de 2007.

Si usted presenta una declaración de impuestos individual y su ingreso está por encima de \$80,000 (soltero) o \$160,000 (casado), el Seguro Social usará el ingreso declarado en los impuestos de hace dos años para determinar la prima (si esta información no estuviera disponible, SSA utilizará los ingresos de hace tres años). Por ejemplo, el ingreso mencionado en su declaración de impuestos del 2005 se usará para determinar el monto de la prima de la Parte B del 2007. Si su ingreso ha disminuido desde el 2005, puede solicitar que se use una declaración de impuestos más reciente para determinar la cantidad de la prima. A finales del 2006, el Seguro Social le enviará una carta si su prima por la Parte B va a aumentar de acuerdo a sus ingresos y la misma le explicará qué hacer si no está de acuerdo. Si desea más información sobre las primas basadas en su ingreso, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

La Parte B Ayuda a Pagar por estos Servicios y Suministros

La Parte B cubre ciertos artículos médicos y servicios independientemente de cómo obtenga usted sus beneficios Medicare. Los costos de estos servicios varían de acuerdo al plan que escoja. Para costos específicos y otra información sobre estos servicios, vea la página 103. Para la mayoría de estos servicios y suministros usted tendrá que pagar un **copago** o **coseguro** y puede que tenga que pagar un **deducible**.

En las páginas 13–19 encontrará una lista en orden alfabético de los servicios y suministros más comunes cubiertos por Medicare si los mismos son:

- **Necesarios por razones médicas**—Lo que significa que se necesita el servicio o suministro para el diagnóstico o tratamiento de su problema médico, o
- **Servicio preventivos cubiertos por Medicare**—como exámenes, pruebas de laboratorio y vacunas para prevenir, descubrir o controlar un problema médico. Los servicios preventivos pueden detectar de manera temprana un problema, cuando el tratamiento puede tener mejores resultados. Pregunte a su médico cuáles son los servicios preventivos que necesita.

Usted puede llevar una vida saludable haciendo ejercicio, comiendo sanamente, manteniendo el peso adecuado, evitando el cigarrillo y usando servicios preventivos.

Para obtener una lista de lo que no está cubierto, vea la página 21.



Si tiene preguntas o alguna queja sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, llame a la Organización local para el Mejoramiento de Calidad. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Este símbolo identifica los servicios preventivos cubiertos por la Parte B mencionados en los cuadros de cobertura de las páginas 13–19.

La Parte B Ayuda a Pagar...

Servicio de Ambulancia	Cuando es necesario por motivos médicos para llevarlo a un hospital o centro de enfermería especializada, y el transporte en otro vehículo pudiera poner su vida en peligro.
Centro de Cirugía Ambulatoria	Las tarifas del centro están cubiertas para los servicios aprobados si se necesitan por motivos médicos.
Sangre	Pintas de sangre que usted recibe como paciente ambulatorio, o como parte de un servicio cubierto por la Parte B cuando sea necesaria por motivos médicos.
 Medición de Masa Ósea/ Densitometría Ósea	Para prevenir el riesgo de rotura de huesos. Este servicio preventivo está cubierto una vez cada 24 meses (o con mayor frecuencia si fuese necesario por razones médicas) para los beneficiarios que cumplen con ciertos requisitos médicos.
 Evaluación Cardiovascular	Medicare paga por las pruebas de colesterol, lípidos y triglicéridos cada cinco años. Este servicio preventivo puede evitar un derrame cerebral o un ataque al corazón.
Servicios Quiroprácticos (limitados)	Para corregir una luxación (cuando uno o más huesos se salen de su posición) usando la manipulación de la espina dorsal si es necesario por motivos médicos.
Servicios de Laboratorio	Incluidos los análisis de sangre, urianálisis, algunas pruebas de evaluación y más si es necesario por motivos médicos.
Pruebas/Ensayos Clínicos	Para ayudar a los médicos e investigadores a descubrir maneras nuevas de prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades. Los ensayos clínicos prueban nuevos tipos de tratamiento, como por ejemplo el resultado de un medicamento nuevo para el cáncer. Los costos de rutina están cubiertos si usted participa en un ensayo clínico (puede que los costos del cuidado experimental, tales como medicamentos o dispositivos puestos a prueba en el ensayo clínico, no estén cubiertos).

Nota: Se puede aplicar un [coseguro](#) y/o [deducibles](#).



Servicios Preventivos

La Parte B Ayuda a Pagar...



Examen de Cáncer Colorectal

Estas pruebas pueden detectar crecimientos precancerígenos y prevenir el cáncer colorectal a tiempo cuando el tratamiento es más eficaz. Uno o más de los exámenes siguientes pueden estar cubiertos. Hable con su médico.

1. Sangre oculta en material fecal—Si tiene 50 años o más, una vez al año. Usted no paga por la prueba, pero generalmente pagará la visita médica.
2. Sigmoidoscopia flexible—Si tiene 50 años o más, una vez cada cuatro años.
3. Colonoscopia de evaluación—Una vez cada diez años (si es una persona de alto riesgo, cada dos años), no hay edad mínima.
4. 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 colonoscopia.

Su riesgo de padecer de cáncer colorectal aumenta si usted o un familiar cercano han tenido pólipos o cáncer, o si tiene una enfermedad inflamatoria de los intestinos (como la enfermedad de Crohn). A partir de 2007, Medicare paga su parte de los costos inclusive si usted aún no ha pagado el **deducible** anual de la Parte B.



Evaluación de Diabetes

Estas pruebas preventivas están disponibles si usted tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), dislipidemia (historial de colesterol y niveles de triglicéridos anormal), obesidad, o historial de nivel de azúcar en la sangre alto. Medicare también paga por estas pruebas si responde “sí” a una o más de estas preguntas:

- ¿Tiene usted 65 años o más?
- ¿Está usted excedido de peso?
- ¿Tiene usted un historial familiar de diabetes (padres, hermanos, etc.)? y
- ¿Tiene usted historial de diabetes durante la gestación (durante el embarazo), o dio a luz a un bebé con más de 9 libras?

Según los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de diabetes al año.

Nota: Se puede aplicar un **coseguro** y/o **deducibles**.



La Parte B Ayuda a Pagar...

Entrenamiento para el Autocontrol de la Diabetes	Para los pacientes diabéticos si es necesario por motivos médicos. Tiene que tener una orden escrita de su médico o proveedor de la salud.
Suministros para Diabéticos	Incluidos los monitores de glucosa, tiras de prueba, dispositivos para lancetas y lancetas, solución para el control de glucosa y en algunos casos, zapatos terapéuticos si fuesen necesarios por razones médicas. Las jeringas e insulina solo están cubiertas si se usan con una bomba de insulina o si se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare.
Servicios Médicos	Cuando sean necesarios. No cubre los exámenes físicos de rutina excepto “Bienvenido a Medicare” el Examen Físico ofrecido una sola vez, vea la página 17.
Equipo Médico Duradero	Artículos como oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital para usar en el hogar si son necesarios por razones médicas.
Servicios de la Sala de Emergencia	Cuando usted cree que su salud está en peligro, cada segundo cuenta. Tal vez tenga una herida grave, una enfermedad repentina o una condición que va empeorando rápidamente.
Anteojos (limitados)	Un par de anteojos con un marco estándar después de una cirugía de cataratas que incluya un lente intraocular, cuando sea necesario por motivos médicos.
 Vacuna contra la gripe/Influenza	Vacunas que ayudan a prevenir la influenza o virus de la gripe. Medicare paga por estas vacunas una vez cada otoño o invierno. La gripe es una enfermedad grave. Usted necesitará vacunarse contra el virus de cada año.
 Exámenes de los Pies y Tratamiento	Si sufre una afección a los nervios relacionada con su diabetes y reúne ciertas condiciones y siempre que sea necesario por motivos médicos.
Examen de Glaucoma	Estos exámenes sirven para detectar la enfermedad ocular llamada glaucoma. Medicare paga por estos exámenes cada doce meses para aquellos beneficiarios de alto riesgo. Su riesgo de glaucoma aumenta si usted es diabético, tiene un historial familiar de glaucoma, es afro-americano y tiene 50 años o más, o hispano de 65 años o más. El examen debe realizarlo un oftalmólogo autorizado legalmente para realizarlo en su estado.

Nota: Se puede aplicar un [coseguro](#) y/o [deducibles](#).



Servicios Preventivos

La Parte B Ayuda a Pagar...

Exámenes del Oído y del Equilibrio	Si son necesarios por motivos clínicos y su médico los ordena para averiguar si se necesitará un tratamiento. Los aparatos de asistencia auditiva o los exámenes para colocarlos no están cubiertos.
 Vacuna contra la Hepatitis B	Estas vacunas lo protegerán contra la Hepatitis B. Este servicio preventivo (tres vacunas) está cubierto para los beneficiarios de Medicare de alto o mediano riesgo de contraer la Hepatitis B. Su riesgo aumenta si tiene hemofilia, enfermedad renal en etapa final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón), o un problema médico que disminuye su resistencia a la infección. Hay otros factores que pueden aumentar el riesgo de contraer Hepatitis B. Pregunte a su médico si es usted una persona de alto o mediano riesgo.
Servicios de Salud en el Hogar	Servicios necesarios limitados o razonables a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada, ayudantes de servicios de salud en el hogar, terapia física, ocupacional y del lenguaje/habla, ordenados por su médico y proporcionados por una agencia de cuidado de salud en el hogar certificada por Medicare, siempre que sean necesarios por motivos médicos. También incluyen servicios sociales, otros servicios, equipo médico duradero (como silla de ruedas, camas de hospital, oxígeno y andadores), y suministros médicos para usar en el hogar.
Servicios de Diálisis Renal y Suministros	Ya sea en un centro o en el hogar.
 Mamografías	Estas pruebas detectan el cáncer de mamas/seno antes que usted o su médico puedan palparlo. Medicare paga por la mamografía cada 12 meses para todas las beneficiarias mayores de 40 años o mayores. Medicare cubre una mamografía de base para las mujeres entre 35 y 39 años.

Nota: Se puede aplicar un [coseguro](#) y/o [deducibles](#).



Servicios Preventivos

La Parte B Ayuda a Pagar...

Servicios Médicos de Nutrición	Para los beneficiarios que padecen de diabetes, o de insuficiencia renal pero no están en tratamiento de diálisis ni se les ha hecho un trasplante de riñón, o para aquellos a quienes se les hizo un trasplante pero no están en diálisis, referidos por un médico tres años después de un trasplante renal.
Cuidado de Salud Mental (ambulatorio)	Se aplican ciertas limitaciones y requisitos.
Terapia Ocupacional (ambulatoria)	Servicios dados para ayudarle a volver a las actividades cotidianas (tales como bañarse) después de una enfermedad.
Servicios Ambulatorios del Hospital	Recibidos como paciente ambulatorio y que son parte de la atención médica.
Servicios Ambulatorios Médicos, Quirúrgicos y suministros	Para procedimientos aprobados.
 Examen Papanicolaou y Examen Pélvico (incluye el examen clínico de los senos)	Estos exámenes detectan el cáncer cervical y vaginal. Medicare paga por estos exámenes preventivos cada 24 meses y cada 12 meses para las mujeres de alto riesgo y aquellas en edad de concebir a quienes les hicieron un examen, en los tres últimos años, y el resultado indicó que tenían cáncer o alguna otra anormalidad. El riesgo de desarrollar un cáncer de mamas aumenta si ya tuvo este tipo de cáncer en el pasado, si tiene un historial familiar de cáncer de mamas (su madre, hermana, hija o dos o más familiares que lo hayan padecido) tuvo su primer hijo después de los 30 años o nunca tuvo un hijo.
 “Bienvenido a Medicare” Examen Físico por única vez	Medicare paga por un examen físico (una sola vez), así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, incluidas ciertas evaluaciones y vacunas. Las derivaciones/referencias para otro tipo de atención médica también estarán cubiertas si fuesen necesarias. Importante: Este examen físico debe hacerse durante los seis primeros meses de su inscripción a la Parte B de Medicare. Tendrá que pagar el deducible y coseguro correspondientes.

Nota: Se puede aplicar un coseguro y/o deducibles.



Servicios Preventivos

La Parte B Ayuda a Pagar...



Terapia Física (ambulatoria)	Tratamiento de lesiones y de una enfermedad usando medios mecánicos, tales como el uso de calor, luz, ejercicio y masaje.
Vacuna contra la Pulmonía (neumococo)	Esta vacuna previene la infección por neumococos. Casi todas las personas sólo la necesitan una vez en la vida. Hable con su médico.
Servicios de Profesionales de la Salud	Como por ejemplo aquellos servicios brindados por asistentes sociales, asistentes de médicos y enfermeras licenciadas.
Medicamentos Recetados	Limitados, como ciertos medicamentos inyectables para el cáncer si son necesarios por razones médicas. Para información sobre la cobertura de recetas médicas de Medicare (Parte D), vea las páginas 43–56.
Evaluación de Cáncer de Próstata	Estas pruebas ayudan a detectar el cáncer de próstata. Medicare paga por una evaluación dígito rectal y del Antígeno Específico de la Próstata (PSA por sus siglas en inglés) cada 12 meses para todos los beneficiarios de Medicare de más de 50 años.
Aparatos Prostéticos/ dispositivos Ortóticos	Incluidos soportes para brazos, piernas, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales (y sus repuestos); prótesis de seno (después de una mastectomía); prótesis para reemplazar partes internas del cuerpo o sus funciones [incluidos los suministros de ostomía, y nutrición por gastronomía-alimentos líquidos a través de una sonda que se inserta en el estómago o intestino delgado (“enteral”) y la nutrición a través de un catéter insertado en una vena (“parenteral”)].
Segunda opinión Sobre Cirugía	Está cubierta en algunos casos (y a veces se cubre hasta una tercera opinión) si fuese necesario por motivos médicos para una cirugía que no es de emergencia.
Consejería para Dejar de Fumar	Servicios preventivos brindados en la oficina de cualquier proveedor, si ha sido ordenado por un médico. Incluye hasta 8 visitas personales durante un año si le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el cigarrillo o si toma un medicamento cuyo efecto pueda verse alterado por el tabaco.



Nota: Se puede aplicar un [coseguro](#) y/o [deducibles](#).



Servicios Preventivos

La Parte B Ayuda a Pagar...

Servicios de patología del lenguaje/habla	Tratamiento dado para recobrar y fortalecer el habla.
Vendajes quirúrgicos	Para el tratamiento de una herida quirúrgica o de una herida tratada con cirugía.
Telemedicina	Servicios en algunas zonas rurales, si cumplen con ciertos requisitos y se brindan en un consultorio médico, un hospital o un centro de salud aprobado federalmente.
Exámenes	Incluidos rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans), Electrocardiograma (EKG) y otros exámenes de diagnóstico necesarios por razones médicas.
Trasplantes	Trasplantes de corazón, pulmón, riñón, páncreas, hígado e intestino, (bajo ciertas condiciones y sólo en un centro certificado por Medicare), trasplantes de córnea y médula ósea (bajo ciertas condiciones). Medicamentos inmunosupresores si el trasplante fue pagado por Medicare, o por un plan grupal de empleador que debía pagar antes que Medicare (usted debía ser elegible para la Parte A cuando se hizo el trasplante y para la Parte B cuando recibió los medicamentos inmunosupresores y además, el trasplante debe haberse hecho en un centro u hospital certificado por Medicare). Nota: Los planes de recetas médicas de Medicare pueden cubrir los medicamentos inmunosupresores, inclusive si el trasplante no fue pagado por Medicare o un plan de salud grupal de empleador o sindicato.
Viajes (servicios médicos cuando viaja fuera de los Estados Unidos)	Limitado a los servicios brindados en Canadá cuando viaja por la vía más directa entre Alaska y otro estado. Medicare también paga por el hospital, la ambulancia y los servicios del médico si usted está en los Estados Unidos pero el hospital más cercano que puede tratarlo no está en los Estados Unidos (Los “Estados Unidos” son los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana). En algunos casos, Medicare paga por los servicios que usted recibió mientras se encontraba a bordo de un barco, en aguas territoriales cercanas al territorio de los Estados Unidos.
Cuidado Urgente	Para tratar una enfermedad repentina o una herida y que no sea una emergencia médica.

Nota: Se puede aplicar un [coseguro](#) y/o [deducibles](#).

Para más Información sobre los Servicios y Suministros Cubiertos por la Parte B de Medicare

Si está inscrito en el [Plan Original de Medicare](#) y necesita más información sobre:

- cualquiera de los servicios y suministros mencionados,
- cualquier servicio o suministro que necesite y no aparezca en la lista, o
- información sobre su parte de los costos,

visite www.medicare.gov y seleccione “Herramientas de Búsqueda” en la parte superior de la página. Luego, seleccione “Averiguar lo que cubre Medicare”. O llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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

Si desea más información sobre la cobertura de los [Planes Medicare Advantage](#) (como un HMO o PPO) de la Parte C, vea las páginas 33–42.

Para información sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas, vea las páginas 43–56.



Usted puede tener el derecho de [apelar](#) las decisiones sobre el pago de su atención médica o de los servicios. Vea la Sección 10 sobre sus derechos de apelación.

Lo que no cubren las Partes A y B de Medicare

Medicare **no paga** por todo. Los artículos y servicios que **no están** cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Acupuntura
- Audífonos y exámenes del oído para colocar los aparatos auditivos
- Cirugía cosmética/estética
- **Cuidado a largo plazo**, como el cuidado de custodia en un asilo de ancianos
- Cuidado de custodia (ayuda para bañarse, vestirse, ir al baño, y comer) en el hogar o en un asilo de ancianos
- Cuidado rutinario de los ojos, refracciones oculares y la mayoría de los anteojos (vea la página 15)
- Cuidado rutinario de los pies como quitar los callos y otras durezas (con muy pocas excepciones)
- **Deducibles**, **coseguro**, o **copagos** cuando usted recibe servicios de salud (vea las páginas 101–104). (Los beneficiarios con ingresos y recursos limitados pueden obtener ayuda para pagar estos costos, vea las páginas 63–70.)
- Exámenes auditivos no solicitados por su médico
- Exámenes físicos de rutina o anuales (Medicare pagará un solo examen físico en los seis meses siguientes a su inscripción en la Parte B, vea la página 17)
- Evaluaciones de laboratorio de evaluación (con excepción de las que se detallan en las páginas 13–19)

Lo que no cubren las Partes A y B de Medicare (continuación)

- Evaluaciones de tamizaje (“screening”), con excepción de las que se detallan en las páginas 13–19
- Inyecciones (vacunas preventivas), con excepción de los que se detallan en las páginas 13–19
- Medicamentos recetados la mayoría de los medicamentos recetados no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare. Vea la Sección 6 para agregar la cobertura de recetas médicas (Parte D)
- Servicio dental y dientes postizos (salvo algunas excepciones)
- Servicios médicos que usted recibe mientras viaja fuera del país, excepto las mencionadas en la página 19
- Servicios quiroprácticos (excepto los mencionados en la página 13)
- Suministros para diabéticos (algunos como jeringas e insulina, solo se cubren cuando se usan con una bomba de insulina o cuando tiene cobertura de recetas médicas de Medicare [Parte D])
- Zapatos ortopédicos (con algunas pocas excepciones)

Decida Cómo Obtener sus Beneficios de Medicare

23

Sección

3

Usted puede escoger distintas maneras de obtener sus beneficios. Según el lugar donde viva, puede que tenga varias opciones. En la mayoría de los casos, cuando se inscribe en Medicare por primera vez, usted estará en el [Plan Original de Medicare](#). Tal vez le convenga inscribirse en un [Plan de Medicare para Recetas Médicas](#) para agregar la cobertura de medicamentos. O, inscribirse en un [Plan Medicare Advantage](#) (como un HMO o un PPO) que ofrezca todos los servicios de la Parte A, la Parte B y frecuentemente de la Parte D. Usted decide cuando es elegible para Medicare por primera vez. Cada año puede reevaluar sus necesidades de salud y de medicamentos y cambiar a otro plan en el otoño. Al evaluar sus necesidades hay ciertas cosas que debe tener en cuenta.

Lo que Debe Tener en Cuenta al Evaluar sus Opciones

- **Costo**— ¿Cuánto pagará de su bolsillo, incluyendo las [primas](#)?
- **Beneficios**— ¿Hay beneficios y servicios adicionales, como cobertura de exámenes de la vista y aparatos de asistencia auditiva? (Estos servicios podrían estar cubiertos en algunos planes.)
- **Su elección del médico o del hospital**— ¿Puede consultar al médico(s) que desea? ¿Necesita ser [referido](#) para consultar un especialista? ¿Puede ir al hospital que escoja? ¿Paga menos si va a ciertos hospitales o médicos?
- **Conveniencia**— ¿Dónde están ubicados los consultorios médicos? ¿Cuál es el horario de atención? ¿Debo llenar muchos formularios? ¿Están aceptando pacientes nuevos?
- **Viaje**— ¿Pasa usted parte del año en otro estado? ¿Estará cubierto por el plan en ese lugar?
- **Medicamentos recetados**— ¿Cuáles medicamentos están en el [formulario](#) (lista de medicamentos cubiertos) del plan? ¿Cuáles son las normas del plan?
- **Farmacia**— ¿Cuáles son las farmacias que puede usar?
- **Calidad del cuidado**— La calidad de los servicios varía entre los médicos, hospitales y otros proveedores de la salud. Brindar un cuidado de calidad significa hacer lo que corresponde, en el momento justo y de la manera apropiada para la persona—obteniendo los mejores resultados posibles. La información sobre calidad disponible en www.medicare.gov o llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-663-4227), le ayudará a tomar las decisiones que le convengan más.

Las palabras en color [azul](#) están definidas en las páginas 97–100.

Para más información sobre

- El [Plan Original de Medicare](#), vea las páginas 25–32.
- Los [Planes Medicare Advantage](#), vea las páginas 33–42.
- La cobertura de Medicare para recetas médicas, vea las páginas 43–56.
- Otros planes de Medicare, del gobierno o seguros privados, vea las páginas 57–62.
- Inscribirse y cambiar de plan, vea las páginas 71–78.

¿Tiene usted otra cobertura de salud o de medicamentos recetados?

Si la tiene, o es elegible para otro tipo de cobertura de salud o de medicamentos recetados, lea todos los documentos que le envía el asegurador o proveedor del plan. **Hable con el administrador de beneficios, el asegurador, o el proveedor del plan antes de hacer cualquier cambio a su cobertura actual o podría perderla.** Otros tipos de cobertura incluyen por ejemplo, la de un empleador o sindicato, TRICARE, la del Departamento de Asuntos de Veteranos, de un programa especial o de una [póliza Medigap](#) (Seguro Suplementario a Medicare).

La elección de la cobertura de Medicare que le convenga más, es una decisión importante. Usted puede obtener ayuda personalizada.

1. Visite www.medicare.gov por Internet y seleccione “Buscador” en la parte superior de la página.
2. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Diga “Agente” (“Agent”) para hablar con un representante de servicio al cliente. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
3. Llame al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (vea las páginas 92–95 para los números de teléfono) para asesoría gratuita sobre [apelaciones](#), la compra de otro seguro, póliza Medigap, o los derechos y protecciones de Medicare.
4. Medicare trabaja con muchos socios en su comunidad local que pueden ayudarle con estas decisiones.

Sección

¿Qué es el Plan Original de Medicare?

El [Plan Original de Medicare](#) es una de sus opciones de planes de salud del Programa Medicare. Usted estará en el Plan Original de Medicare a menos que elija inscribirse en un [Plan Medicare Advantage](#) (como un HMO o PPO). La mayoría de las personas escogen obtener su cobertura del Plan Original de Medicare.

¿Cómo funciona el Plan Original de Medicare?

El Plan Original de Medicare es un plan de “pago por servicio”, administrado por el gobierno federal. Las normas generales sobre el funcionamiento del Plan Original de Medicare son:

- Usted usa su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul cuando recibe sus servicios de salud (vea el modelo de tarjeta en la página 7).
- Si tiene la Parte A de Medicare, recibirá todos los servicios [necesarios por razones médicas](#) cubiertos por la Parte A mencionados en la página 9.
- Si tiene la Parte B de Medicare recibirá todos los servicios preventivos y los servicios necesarios por razones médicas cubiertos por la Parte B mencionados en las páginas 13–19. Por lo general pagará una [prima](#) mensual de la Parte B (\$88.50 en el 2006).
- Puede atenderse con cualquier médico o proveedor que participe y acepte Medicare y que en ese momento esté aceptando pacientes nuevos de Medicare o a cualquier hospital o centro de atención.
- Usted 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](#) o [copago](#)) por los servicios cubiertos y suministros.
- Usted puede que tenga una [póliza Medigap](#) u otra cobertura suplementaria que podría pagar los deducibles, coseguro u otros costos que no están cubiertos por el Plan Original de Medicare.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 97–100.

Sección 4: El Plan Original de Medicare

- Cada tres meses usted recibe por correo un Resumen de Medicare (MSN por sus siglas en inglés), si recibió algún servicio cubierto por Medicare durante este período de tiempo. El resumen detalla los servicios recibidos y la cantidad que le pueden cobrar por ellos. Estos avisos los envían compañías privadas que se encargan de las facturas de Medicare. Si no está de acuerdo con la información de su MSN usted puede someter una [apelación](#). Para más información visite www.medicare.gov y seleccione “Facturación de Medicare”. O llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Facturación”.

Sus costos en el Plan Original de Medicare

Los gastos directos de su bolsillo dependerán de

- si tiene las Partes A y/o B de Medicare (la mayoría de los beneficiarios tienen las dos).
- si su médico o proveedor acepta la “asignación” (vea la página 27).
- la frecuencia con la que recibe servicios de salud.
- el tipo de servicios que necesite.
- si recibe servicios o suministros no cubiertos por Medicare, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios.
- si tiene otro seguro que funciona con Medicare.
- si tiene [Medicaid](#) o recibe ayuda adicional para pagar por los costos de Medicare (vea las páginas 66–67).

La lista en las páginas 101–104 muestra lo que usted paga en el 2006 por los servicios comunes cubiertos por el [Plan Original de Medicare](#). Si desea detalles sobre estos servicios, vea la página 9 para los de la Parte A y las páginas 13–19 para los de la Parte B. También puede consultar www.medicare.gov en Internet o llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Vea la Secciones 7 y 8 para información sobre la ayuda para pagar por los costos que el Plan Original de Medicare no cubre.

¿Qué es la “asignación” y porqué es importante?

La asignación es un acuerdo entre (los beneficiarios de Medicare), médicos, proveedores, otros suplidores de cuidado médico, y Medicare. Usted “asigna” a **Medicare** la responsabilidad de pagar a su **médico** o **proveedor** directamente. La mayoría de los médicos y proveedores aceptan la asignación.

Si un médico, otro suplidor de cuidado médico, o proveedor acepta la asignación, significa:

- que acepta que le pague Medicare.
- acepta recibir como pago solo la cantidad aprobada por Medicare por sus servicios.
- solo le puede cobrar a usted o a su otro seguro, el **deducible** o el **coseguro** de Medicare.

En algunos casos, sus proveedores de salud deben aceptar la asignación. Por ejemplo, si usted recibe servicios de una asistente de médico cubiertos por Medicare, debe aceptar la asignación. Los médicos y proveedores deben enviar la factura (reclamación) directamente a Medicare y no pueden cobrarle por enviarla (esto incluye a las reclamaciones por las tiras para pruebas de glucosa).

Si su médico o proveedor no acepta la asignación, puede cobrarle más de la **cantidad aprobada por Medicare**; sin embargo, para la mayoría de los servicios, hay un límite para lo que pueden cobrarle. A la cantidad máxima que pueden cobrarle se le llama “cargos limitantes”. Esta cantidad es el 15% más de la cantidad aprobada por Medicare (tal vez sea menor en su estado). El cargo limitante solo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a los suministros ni al equipo médico duradero. Además, tal vez tenga que pagar el total de la factura en el momento en que recibe el servicio. Medicare luego le mandará la parte correspondiente cuando procese la reclamación.

Si desea más información sobre la asignación, vaya a www.medicare.gov y consulte “¿Acepta la Asignación su Médico o Proveedor?”. Para buscar un médico o proveedor que participe en el Programa Medicare, vaya a www.medicare.gov en Internet y seleccione “Herramientas de Búsqueda” en la parte superior de la página. Luego seleccione “Buscar un médico”. También puede obtener información llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 4: El Plan Original de Medicare

Agregue la Cobertura de Recetas Médicas al Plan Original de Medicare

Planes Medicare de Recetas Médicas (Parte D)

Los [Planes de Medicare para Recetas Médicas](#) están disponibles para todos los beneficiarios. Los ofrecen compañías privadas contratadas por Medicare para brindar esta cobertura. Vea las páginas 43–56 para detalles sobre estos planes.

¿Cómo funciona el [Plan Original de Medicare](#) con los planes de Medicare de recetas médicas?

- En la mayoría de los casos, usted paga una [prima](#) mensual por el plan. Las primas varían según los planes.
- Usted paga un [copago](#) o [coseguro](#) y en muchos casos, el [deducible](#) anual del plan de recetas médicas. Estos cargos pueden variar de acuerdo al plan.
- Usted usa la tarjeta del plan cuando compra sus medicamentos.
- Los planes de recetas médicas de Medicare tienen contratos con las farmacias de su zona. Averigüe con el plan para asegurarse que las farmacias le convengan. Algunos planes pueden ofrecer el servicio de pedido por correo, que hará que le entreguen los medicamentos directamente a su domicilio.
- Cada plan de Medicare para recetas médicas tiene una lista de los medicamentos recetados cubiertos ([formulario](#)). La misma debe incluir al menos dos medicamentos en las categorías y clases de la mayoría de los medicamentos recetados comúnmente a los beneficiarios de Medicare. Esto garantiza que las personas que padecen de distintas enfermedades puedan recibir el medicamento que necesitan.

¿Qué ocurre si no puedo pagar por el plan de recetas médicas de Medicare?

Las personas que tienen ingresos y recursos limitados podrían ser elegibles para recibir ayuda para pagar por los costos del plan de recetas médicas. Vea las páginas 64–65 para ver si reúne los requisitos para la ayuda adicional.



Si tiene cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador anterior o actual o sindicato, comuníquese con el administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio a su cobertura de recetas médicas. Si se inscribe en la Parte D (plan de medicamentos recetados) podría perder usted, su cónyuge o su dependiente, su cobertura de salud y/o de medicamentos del empleador o sindicato.

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

El [Plan Original de Medicare](#) paga por muchos de los servicios de salud y suministros pero no paga por todos los costos de su atención médica. Para obtener ayuda adicional para pagar por sus gastos de salud, quizá le interese comprar una [póliza Medigap](#). Medicare no paga los costos de la póliza Medigap.

¿Qué es una póliza Medigap?

Es una póliza de seguro médico vendida por una compañía privada para completar las “faltas” de cobertura del Plan Original de Medicare. Las pólizas Medigap le ayudan a pagar su parte de los costos (coseguro, copagos, deducibles) de algunos o todos los servicios que no cubre el Plan Original de Medicare, y algunas pueden ofrecerle beneficios adicionales. Si está inscrito en el Plan Original de Medicare y tiene una póliza Medigap, Medicare y Medigap pagarán su parte de los costos del cuidado de su salud. Las compañías de seguro sólo pueden venderle una de las pólizas “estandarizadas” de Medigap. Estas pólizas deben tener beneficios específicos para que pueda compararlas fácilmente.

Generalmente, cuando compra una póliza Medigap tendrá que tener las Partes A y B de Medicare. Usted o alguna otra persona en representación suya (como su antiguo empleador o sindicato) tendrá que pagar por la [prima](#) mensual de la Parte B (\$88.50 en el 2006). Usted también tendrá que pagar una prima a su compañía de seguro Medigap.

En la mayoría de los estados, una póliza Medigap debe ser uno de los 12 planes estandarizados (Planes de A–L). Las pólizas Medigap deben cumplir con las leyes estatales y federales. Estas leyes están para protegerlo. La póliza debe indicar claramente que es un “Seguro Suplementario a Medicare”. Cada póliza tiene un conjunto de beneficios básicos y beneficios adicionales distintos. En Massachussets, Minnesota y Wisconsin los planes están estandarizados de un modo diferente.

Es importante que compare las pólizas Medigap porque los beneficios de los planes A–L son los mismos para cualquier compañía de seguro, pero los costos pueden variar considerablemente e ir aumentando a medida que envejece. Cada compañía de seguro decide cuáles son las pólizas Medigap que desea vender y el precio de cada plan (con la revisión y aprobación del estado).

¿Qué es una póliza Medigap? (continuación)

A pesar de que algunas pólizas Medigap cubren los medicamentos recetados, las pólizas nuevas que ofrezcan esa cobertura no se están vendiendo. Para cubrir los costos de sus recetas médicas, tendrá que adquirir la cobertura de la Parte D de Medicare (plan de recetas médicas), ofrecida por compañías privadas aprobadas por Medicare. Si se inscribe en un [plan de recetas médicas de Medicare](#) y su póliza Medigap cubre los medicamentos recetados, usted debe avisarle a la compañía de seguro Medigap para que retire esa parte de la cobertura de Medigap.

Si tanto usted como su cónyuge quieren la cobertura de [Medigap](#), cada uno debe comprar su propia póliza. **Su póliza Medigap no cubrirá los costos del cuidado de la salud de su cónyuge.**

Las pólizas Medigap sólo funcionan con el [Plan Original de Medicare](#). Las pólizas de Medigap generalmente brindan algunas de las mismas clases de cobertura suplemental que los [Planes Medicare Advantage](#). Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), su póliza Medigap no funcionará. Lo que significa que no pagará sus [deducibles](#), [copagos](#) o cualquier otro costo compartido del Plan Medicare Advantage. Por lo tanto, si se inscribe en un Plan Medicare Advantage le conviene dejar su póliza Medigap. Sin embargo, tal vez más tarde no pueda recuperar la misma póliza, o en ciertos casos, no podrá adquirir ninguna póliza si abandona su Plan Medicare Advantage. Usted tiene legalmente el derecho a quedarse con su póliza Medigap. Sus derechos a adquirir una póliza Medigap pueden variar en cada estado.

Si ya tiene una póliza Medigap con cobertura de recetas médicas, puede quedarse con la póliza con la cobertura de medicamentos O puede inscribirse en un [Plan de Medicare para Recetas Médicas](#). Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medigap generalmente no es tan buena como la del plan de Medicare para recetas médicas. Usted paga todos los costos de su cobertura Medigap, pero, si se inscribe en un plan de Medicare de recetas médicas, Medicare pagará la mayoría de los costos de la cobertura estándar. Usted tendrá que pagar una [prima](#). Los planes de recetas médicas de Medicare pueden ofrecerle más que la cobertura de medicamentos de Medigap. Si se queda con la cobertura de medicamentos recetados de Medigap y no se inscribió en un plan de recetas médicas de Medicare cuando fue elegible por primera vez, y más tarde decide hacerlo, tal vez tenga que pagar una [penalidad](#). Usted no puede tener al mismo tiempo la cobertura de recetas médicas de Medicare y la de Medigap. Vea la página 43 para más información sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados.

¿Qué es una póliza Medigap? (continuación)

Si desea información sobre las pólizas Medigap, visite www.medicare.gov en Internet y consulte la publicación: “Selección de una póliza Medigap: Una Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare”. O llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Si usted es una persona de bajos ingresos, hay programas que podrían ayudarle a pagar los costos que Medicare no cubre (vea las páginas 63–70).

Cómo se Pagan sus Facturas si Usted Tiene otro Seguro Médico

A veces su otro seguro de salud paga primero y el [Plan Original de Medicare](#) es el pagador secundario. En la mayoría de los casos estos tipos de seguro pagan primero

- seguro de grupo de empleador o sindicato a través de su empleo actual o de un miembro de su familia,
- seguro sin parte culpable,
- seguro de responsabilidad,
- seguro automotor/automovilístico,
- beneficios de mineros (“pulmón negro”), y
- seguro de accidente de trabajo (“compensación al trabajador”).

Es importante que le avise a su médico, hospital y a su farmacia, que tiene otro seguro para que pueda enviar las facturas correctamente.

En algunos casos, si el seguro que tiene que pagar primero no lo hace a tiempo, el Plan Original de Medicare hace un pago “condicional”. Esto significa que, cuando el seguro que debe ser el pagador primario haga el pago, se debe rembolsar a Medicare la cantidad del pago condicional.

Sección 4: El Plan Original de Medicare

Cómo se Pagan sus Facturas si Usted Tiene otro Seguro Médico (continuación)

Si está inscrito en el Plan Original de Medicare y tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame al contratista de coordinación de beneficios al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782. Para más información visite www.medicare.gov y consulte la publicación “Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero”. O llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Si se inscribe en un [Plan de Medicare para Recetas Médicas](#), debe informarle al plan si tiene otra cobertura de medicamentos.

Otras maneras de obtener sus beneficios Medicare

Cómo usted ha leído en esta sección, el [Plan Original de Medicare](#) es la manera en que la mayoría de los beneficiarios obtienen sus beneficios de Medicare. Este es un plan de pago-por-servicio que cubre muchos servicios médicos. Usted puede ir a cualquier médico u hospital que acepte Medicare.

Sus decisiones son importantes porque pueden influir en aspectos tales como la cantidad que usted paga y lo que está cubierto. Antes de tomar cualquier decisión, aprenda tanto como pueda sobre los tipos de planes y coberturas disponibles. A continuación le presentamos otras opciones que puede tener en cuenta.

- [Planes Medicare Advantage](#) (HMO o un PPO), vea las páginas 33–42.
- Planes de Medicare para Recetas Médicas, vea las páginas 43–56.
- Otros tipos de planes de Medicare, gubernamentales, y seguros privados, vea las páginas 57–62.

Sección

¿Qué son los Planes Medicare Advantage (como los HMO o los PPO)?

Los **Planes Medicare Advantage** son las opciones de planes de salud aprobados por Medicare y ofrecidos por compañías privadas. Son parte del Programa Medicare, y a veces llamados la “Parte C” de Medicare. Si se inscribe en uno de estos planes, usted continúa en el Programa Medicare. Algunos de estos planes requieren referidos para ver especialistas. En muchos casos, las primas o los costos de servicios (co-pagos) pueden ser más bajos en un Plan Medicare Advantage que en un **Plan Original de Medicare** o un Plan Original de Medicare con una **póliza Medigap**.

Los Planes Medicare Advantage brindan todos los servicios cubiertos por la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). También deben cubrir los servicios **necesarios por razones médicas**. Generalmente, los planes ofrecen beneficios adicionales, y muchos incluyen la opción de la Parte D (cobertura de recetas médicas). Estos planes son miembros de una red, lo cual significa que tal vez deba consultar a médicos que pertenezcan al plan y en algunos casos ir a ciertos hospitales para obtener servicios. En muchos casos, sus costos por los servicios pueden ser más bajos en este plan que en Plan Original de Medicare. Algunos de estos planes coordinan su cuidado, usando las redes de servicios y referidos, más que otros. Esto puede ayudarle a manejar su cuidado total y también puede resultar en ahorros para usted.

Medicare paga o rembolsa mensualmente a estos planes privados una cantidad por el costo del cuidado de su salud, independientemente de que usted use o no los servicios. Los Planes Medicare Advantage también incluyen opciones que brindan cuidado especializado para las personas que necesitan servicios de cuidado de salud adicionales. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan, igual tendrá la cobertura del cuidado de emergencia (vea la página 15) y del cuidado urgente (vea la página 19).

Los Planes Medicare Advantage incluyen:

- **Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO)**, vea la página 36.
- **Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)** vea la página 37.
- **Planes Privados de Pago-por-Servicio (PFFS)**, vea la página 37.
- **Planes para Necesidades Especiales**, vea la página 38.
- **Planes de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)**, vea la página 39.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 97–100.

Sección 5: Planes Medicare Advantage

¿Quién puede inscribirse?

En general, usted puede inscribirse si

- vive en el **área de servicio** del plan que ha escogido. Para los **Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud** (HMO), el área de servicio es generalmente el lugar donde recibe los servicios del plan. Llame al plan para más información sobre su área de servicio.
- tiene la Parte A y B de Medicare. Sin embargo, si ya está inscrito en un **Plan Medicare Advantage** y sólo tiene la Parte B, puede permanecer en el plan.
- no padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón), con excepción de lo explicado en la página 74.



Usted puede cambiar de plan cada año entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre. En ciertas situaciones, tal vez pueda cambiar de plan en otro período (vea la página 72). Si desea más información sobre la inscripción o el cambio de plan, consulte las páginas 71–78.

Visite www.medicare.gov en Internet o llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada y comparar planes en su área. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si se inscribe...

- usted sigue estando en el Programa Medicare.
- aún tiene los derechos y protecciones de Medicare (vea las páginas 79–88).
- sigue recibiendo todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare (vea las páginas 9 y 13–19).
- usted podría obtener cobertura de medicamentos recetados (Parte D) del plan. En la mayoría de los [Planes Medicare Advantage](#), si desea la cobertura de recetas médicas y el plan la ofrece, **debe** obtenerla de su plan. En estos casos, si se inscribe en un plan de Medicare de recetas médicas, se le dará de baja de su Plan Medicare Advantage.

Si está inscrito en un [Plan Privado de Pago-por-Servicio](#) que no ofrece cobertura de medicamentos recetados, o si tiene un [Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare](#), puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, vea la página 43.

- tal vez pueda recibir beneficios adicionales, como cobertura de servicios de la vista, oído, dental y/o programas sobre salud y bienestar.
- usted sigue pagando la [prima](#) de la Parte B. También paga la prima del Plan Medicare Advantage que incluye los beneficios de las Partes A y B, la cobertura de recetas médicas (Parte D si es que la ofrece), y cualquier otro beneficio adicional que ofrezca.
- tendrá que pagar otros costos (como [copagos](#) o [coseguro](#)) por los servicios que reciba. Por lo general, los gastos de su bolsillo en estos planes son menores que los del [Plan Original de Medicare](#), pero varían de acuerdo a los servicios que use.
- No necesita comprar una [póliza Medigap](#) (Seguro Suplementario a Medicare).
- En algunos casos, sus costos serán más elevados que los del Plan Original de Medicare, si consulta a un médico que no pertenece al plan.
- Cada otoño de cada año, el plan le enviará información sobre cualquier cambio en beneficios, costos, o áreas de servicio.



Si su antiguo empleador o sindicato paga por su Plan Medicare Advantage, vea la página 61.

Compare cómo trabajan tres tipos de Planes Medicare Advantage

Dado que cada plan puede variar, es importante que lea los documentos del plan atentamente.

	Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO)
¿Cubre las recetas médicas?	En la mayoría de los casos. Si desea esta cobertura deberá obtenerla del plan. El costo de la cobertura de medicamentos estará incluido en la prima.
¿Tengo que escoger un médico de cuidado primario/cabecera?	No.
¿Puedo atenderme con cualquier médico y en cualquier hospital?	Sí. Los PPO tiene una red de médicos y hospitales pero usted puede atenderse con proveedores de la salud que no pertenecen a la red para recibir los servicios cubiertos, pero por lo general tendrá que pagar más.
¿Tengo que ver a mi médico de cuidado primario para obtener una referencia para atenderme con un especialista?	No.
¿Qué más debo saber sobre este tipo de plan?	• Antes de recibir un servicio, hable con el plan para averiguar si lo cubre y cuánto cuesta. Siga las normas del plan, como la de obtener una autorización previa cuando sea necesaria. • Los PPO regionales (que atienden en todo el estado o en un área que abarca varios estados), limitan los gastos directos de su bolsillo pero tiene un deducible anual y primas más altas que otros PPO. • Los beneficios adicionales a menudo se ofrecen pero tiene que pagar una prima adicional.

Nota: Si tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda obtener la ayuda adicional para pagar por sus costos de salud (vea las páginas 63–70).

Sección 5: Planes Medicare Advantage

Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)	Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS)
En la mayoría de los casos. Si desea esta cobertura deberá obtenerla del plan. El costo de la cobertura de medicamentos estará incluido en la prima.	A veces. Si su plan no ofrece la cobertura de recetas médicas, puede inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare en su área.
Sí. En la mayoría de los casos debe ver a su médico de cuidado primario para obtener un referido para atenderse con cualquier otro Proveedor de la salud.	No.
No. Generalmente debe obtener los servicios de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en caso de emergencia o cuidado urgente). Si el plan tiene la opción de Punto de Servicio (POS), puede atenderse con proveedores de fuera de la red pero tendrá que pagar más.	En la mayoría de los casos. Puede atenderse con cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte los términos de pago del plan por los servicios cubiertos.
En la mayoría de los casos. Las mujeres no necesitan un referido para una mamografía anual o un examen Papanicolau y pélvico dentro de la red del plan (al menos cada año por medio).	No.
• Si su médico se retira del plan, se lo informarán para que escoja a otro médico del plan. • Si recibe servicios fuera de la red del plan, tal vez tenga que pagar el costo total del servicio de su propio bolsillo. • Siga las normas del plan como la de obtener una autorización previa cuando sea necesaria. • Los beneficios adicionales a menudo se ofrecen pero tiene que pagar una prima adicional.	Los planes PFFS son distintos al Plan Original de Medicare . Los planes PFFS son ofrecidos por compañías privadas. La compañía privada y no Medicare, es quien decide cuánto pagará y cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios que reciba.

Cómo funcionan los Planes Medicare Advantage (continuación)

Los siguientes planes también son [Planes Medicare Advantage](#). Están disponibles en algunas zonas para personas que reúnen ciertas condiciones.

Planes para Necesidades Especiales

Los [Planes para Necesidades Especiales](#) de Medicare se diseñaron especialmente para las personas con ciertas enfermedades crónicas y otras necesidades de salud especiales. Estos planes deben ofrecer todos los servicios y atención médica cubiertos por las Partes A y B de Medicare. También deben proporcionar la cobertura de recetas médicas (Parte D). Generalmente ofrecen beneficios adicionales y tienen [copagos](#) más bajos que el [Plan Original de Medicare](#).

Los Planes Medicare para Necesidades Especiales están diseñados para atender las necesidades de los beneficiarios que:

- viven en ciertas [instituciones](#) (como un asilo de ancianos),
- son elegibles para Medicare y [Medicaid](#), o
- padecen de una o más enfermedades crónicas o condiciones que podrían incapacitarlos.

Este tipo de plan puede ayudar a controlar y coordinar una gran cantidad de servicios y proveedores que sus miembros utilizan para mantenerse saludables, seguir las órdenes del médico en lo que respecta a la dieta y a los medicamentos, y ayudar a coordinar la cobertura entre Medicare y Medicaid. También pueden nombrar a un coordinador de cuidados para que desarrolle planes de atención personal que coordinen los esfuerzos de los proveedores de la salud para atender las necesidades del paciente. Por ejemplo, un Plan para Necesidades Especiales para beneficiarios que padecen de diabetes podría usar un coordinador de cuidado para ayudar a los miembros a controlar su nivel de azúcar en la sangre, a seguir una dieta, hacer ejercicio, obtener los servicios preventivos necesarios como exámenes de la vista y de los pies y tomar los medicamentos apropiados para prevenir complicaciones.

Cómo funcionan los Planes Medicare Advantage (continuación)

Un Plan para Necesidades Especiales para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, puede ayudar a sus miembros a tener acceso a los recursos comunitarios y coordinar muchos de sus servicios de Medicare y Medicaid.

Para información actualizada visite www.medicare.gov por Internet y seleccione “Herramientas de Búsqueda” en la parte superior de la página. Luego seleccione “Compare los planes de salud y las pólizas Medigap en su área”. O llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

NUEVO

Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)

Los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA por sus siglas en inglés) pueden ser ofrecidos en el 2007. Estos planes son similares a los Planes de Cuentas de Ahorros Médicos fuera de Medicare y tienen dos partes. La primera es un plan de salud Medicare Advantage con un deducible alto. Este plan no comenzará a pagar por los costos de salud hasta que usted haya pagado su deducible anual, el cual varía según el plan. La segunda parte es una Cuenta de Ahorros Médicos en la que Medicare deposita dinero que usted puede usar para pagar sus gastos de salud.

Para información sobre cualquier plan MSA disponible en su zona, visite www.medicare.gov por Internet. Seleccione “Busque y Compare las Opciones de Planes Medicare”. O llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5: Planes Medicare Advantage

Planes Medicare Advantage con cobertura de recetas médicas

La mayoría de los beneficiarios con [Planes Medicare Advantage](#) tienen cobertura de medicamentos recetados a través de sus planes. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage que la ofrece, usted debe aceptar la cobertura de su plan. Algunos Planes Medicare Advantage no ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Otras opciones para obtener cobertura de recetas médicas incluyen la inscripción en otro Plan Medicare Advantage que ofrezca cobertura de recetas médicas o regresar al [Plan Original de Medicare](#) e inscribirse en un [Plan de Medicare de recetas médicas](#).



Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage HMO o PPO, sólo podrá obtener la cobertura de sus recetas médicas de su plan (si es que la ofrece). Si se inscribe en un Plan de Medicare de Recetas Médicas, automáticamente se le dará de baja de su HMO o PPO de Medicare y será regresado al Plan Original de Medicare.

Los gastos directos de su bolsillo dependen de:

- si el plan cobra una prima mensual además de la [prima](#) mensual que usted paga por la Parte B (\$88.50 en el 2006). Los Planes Medicare Advantage le cobrarán una prima que incluye la cobertura de los beneficios de las Partes A y B, por la Parte D, las recetas médicas (si la ofrecen) y beneficios adicionales (si los ofrecen).
- si el plan paga el total o una parte de la prima mensual de la Parte B de Medicare (vea la página 41).
- si el plan tiene un [deducible](#) anual.
- lo que usted tenga que pagar por visita o servicio.
- el tipo de atención que necesita y la frecuencia.
- si sigue los reglamentos del plan.
- los beneficios extras que necesite, si el plan los paga, y cuánto le cobrarán por dichos beneficios extras.

Los beneficios adicionales ofrecidos pueden ayudarle a que los costos totales-de-su-bolsillo sean más bajos. Para aprender más sobre sus costos en Planes Medicare Advantage específicos visite www.medicare.gov por Internet, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Ahorre en su prima de la Parte B de Medicare

Unos pocos [Planes Medicare Advantage](#) pueden pagar toda o parte de la [prima](#) de la Parte B de Medicare. Usted igualmente recibirá todos los servicios cubiertos por las Parte A y B de Medicare. También puede llamar a su Programa Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si puede obtener ayuda para pagar por la prima de la Parte B (vea la página 67).

Ahorre en la Prima de su Cobertura de Recetas Médicas

La prima de su Plan Medicare Advantage puede incluir la prima de la Parte B y de la Parte D (cobertura de recetas médicas). Algunos Planes Medicare Advantage pueden pagar toda o parte de la prima de la cobertura de medicamentos recetados. Lea atentamente los documentos del plan para averiguar si el Plan Medicare Advantage paga por parte o toda la prima. Los planes deciden cada año si reducirán parte o toda la prima de la cobertura de recetas médicas. Si usted tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda obtener la ayuda adicional para pagar por los costos de cobertura de sus medicamentos recetados (vea las páginas 64–65).

Cómo se Pagan sus Facturas si Tiene Otro Seguro Médico

A veces su otro seguro paga sus facturas primero y su Plan Medicare Advantage paga después. Otros seguros que podrían ser los pagadores primarios son

- el seguro grupal de empleador (cuando lo obtiene del empleador actual de un miembro de su familia),
- un seguro sin parte culpable,
- un seguro automotor/automovilístico,
- un seguro de responsabilidad,
- beneficios de enfermedad pulmonar minera/pulmón negro, y
- el seguro de compensación al trabajador.

Cómo se Pagan sus Facturas si Tiene Otro Seguro Médico (continuación)

Es importante que le diga a su médico y al hospital que tiene otro seguro para que envíen las facturas a quien corresponda. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame al Contratista de Coordinación de Beneficios al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-318-8782. Para más información sobre quién paga primero visite www.medicare.gov y consulte la publicación “Medicare y Otros Beneficios de Salud: Una Guía sobre Quién Paga Primero”. O, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene otro seguro, vea las páginas 57–62.

Otras maneras de obtener sus beneficios Medicare

Los Planes Medicare Advantage son una manera de obtener los beneficios de las Partes A y B combinados y en la mayoría de los casos, la Parte D (cobertura de recetas médicas). Ellos también pueden brindarle una atención médica más coordinada para que se mantenga saludable y puede que los gastos directos de su bolsillo sean menores. Pero, en algunos planes como los HMO, sólo podrá atenderse con ciertos médicos o ir a ciertos hospitales.

Las decisiones que tome acerca de Medicare son importantes porque pueden afectar sus costos y lo que esté cubierto. Antes de tomar una decisión, aprenda tanto como usted pueda sobre los tipos de planes y de cobertura disponibles. Las siguientes, son algunas opciones para tener en cuenta:

- **Plan Original de Medicare**, vea las páginas 25–32.
- Planes de Medicare para Recetas Médicas que pueden ser añadidos a ciertos Planes Medicare Advantage, vea las páginas 43–56.
- Otros planes de Medicare, gubernamentales o seguros privados, vea las páginas 57–62.

La Cobertura de Medicare para Recetas Médicas

43

Sección

6

¿Qué es la cobertura de recetas médicas de Medicare?

La cobertura de recetas médicas está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. A la misma se la denomina “Parte D”. Esta cobertura puede ayudar a rebajar los costos de sus medicamentos y a protegerlo contra el aumento de los mismos en el futuro. Puede darle más acceso a medicamentos para prevenir complicaciones de enfermedades y para mantenerlo saludable.

Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, pagará una **prima** mensual. La Parte D es optativa. Si decide no inscribirse en un plan cuando es elegible por primera vez y lo hace más tarde tendrá que pagar una **penalidad** (vea las páginas 47–48). Estos planes los ofrecen las compañías de seguro y otras privadas aprobadas por Medicare.

Hay dos maneras de obtener la cobertura de Medicare para medicamentos recetados:

- 1) Inscribirse en un **Plan de Medicare para Recetas Médicas** que agregue esta cobertura al **Plan Original de Medicare**, a algunos de los **Planes de Costo de Medicare**, algunos **Planes Privados de Pago-por-Servicio de Medicare** y a los **Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare**.
- 2) Inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que incluya como parte del plan, la cobertura de recetas médicas. Usted recibirá todos los beneficios de Medicare y la cobertura de medicamentos a través del plan.

En esta sección a ambos tipos de planes se les denominará planes de Medicare para recetas médicas.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 97–100.



Medicare ofrece ayuda a los empleadores y sindicatos para ayudar a pagar por la cobertura de las recetas médicas. Si tiene un seguro de su empleador o sindicato que ofrece cobertura de recetas médicas, vea la página 61. Su inscripción en la Parte D podría dar por terminados sus beneficios de salud de jubilado para usted y su familia. Hable con su administrador de beneficios.

Sección 6: La Cobertura de Medicare para Recetas Médicas

¿Cómo funciona?

Una vez que se haya inscrito en el plan de recetas médicas que ha escogido, recibirá los documentos del plan y la tarjeta de miembro que usará para comprar sus medicamentos. Cuando usa la tarjeta, pagará un **copago**, **coseguro** y/o **deducible** si lo hubiera.

En los **Planes Medicare Advantage** que incluyen la cobertura de recetas médicas (Parte D), su atención médica y el uso de medicamentos está coordinado poniendo énfasis en el cuidado preventivo para mantenerlo saludable.

¿Cuánto cuesta?

La mayoría de los planes cobran una **prima** mensual que varía de acuerdo al plan y que usted deberá pagar además del pago de la prima de la Parte B. Otros no cobran una prima. Si tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda obtener la ayuda adicional para la cobertura de sus recetas médicas por un pequeño costo o sin costo alguno (vea las páginas 64–65).

Sus costos variarán según el plan que escoja, los medicamentos que necesite y si recibe la ayuda adicional para pagar los costos de la Parte D. Tener una variedad de planes a elegir de le da la oportunidad de escoger un plan que mejor responda a sus necesidades individuales. Elegir un plan que se ajuste a su situación le permite obtener la cobertura que usted desea al mejor precio posible.

Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o en un **Plan de Costo de Medicare** que ofrece cobertura de medicamentos, la prima mensual que pague incluye una cantidad para la cobertura de recetas médicas. Algunos planes no cobran primas.

Usted puede elegir un plan con o sin una prima mensual, deducible o período sin cobertura. Para averiguar sobre los costos actuales de los planes de recetas médicas y de los planes de salud de Medicare en su área visite www.medicare.gov por Internet. Seleccione “Compare Planes de Medicare para Recetas Médicas”. O, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6: La Cobertura de Medicare para Recetas Médicas

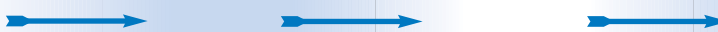
¿Qué es el Período sin Cobertura?

Algunos planes de recetas médicas de Medicare tienen un “período sin cobertura” también conocido en inglés como “donut hole”. Esto significa que una vez que usted haya gastado cierta cantidad de dinero en medicamentos cubiertos (un máximo de \$3,850), usted tendrá que pagar todos los costos de sus medicamentos mientras está en el “período sin cobertura”. Esta cantidad no incluye su prima mensual, la cual tendrá que pagar incluso si está en el “período sin cobertura”. Lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo cuando se encuentre en el “período sin cobertura” es \$3,051.25. Una vez que haya alcanzado el gasto límite de su bolsillo, tendrá la llamada “cobertura catastrófica”. Lo que significa que usted sólo pagará el **coseguro** (como el 5% del costo del medicamento) o un **copago** (como \$5.35 por cada receta) por el resto del año.

Nota: Si obtiene la ayuda adicional para pagar por su cobertura de recetas médicas, no tendrá un “período sin cobertura”. Sin embargo, tendrá que pagar un copago o coseguro pequeño.

El ejemplo a continuación muestra los costos anuales de los medicamentos cubiertos por un plan que cumple con los estándares mínimos de Medicare para el 2007:

El Sr. Torres se inscribe en un plan de recetas médicas ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2007. El Sr. Torres paga durante el año su prima mensual, aun durante el “período sin cobertura”. No recibe la ayuda adicional.

1. Deducible Anual	2. Copago/ Coseguro	3. “Período sin Cobertura” (“donut hole”)	4. Cobertura Catastrófica
			
El Sr. Torres paga los primeros \$265 del costo de medicamentos	El Sr. Torres paga un copago o coseguro y su plan paga su parte de cada medicamento, hasta que el total de sus recetas (incluido el deducible) alcance \$2,400.	El Sr. Torres paga todo hasta que haya gastado \$3,850 de su bolsillo (\$3,051.25 mientras está en el “período sin cobertura” sin incluir la prima del plan). Aun cuando él está pagando todo, igualmente recibirá un descuento por pertenecer a un plan de recetas médicas de Medicare.	El Sr. Torres ha gastado \$3,850 de su bolsillo, su “período sin cobertura” termina. Ahora sólo paga un coseguro pequeño (como el 5%) o un copago pequeño (como \$2.15 o \$5.35) por cada receta médica hasta el final del año.

Sección 6: La Cobertura de Medicare para Recetas Médicas

Cómo Comparar los Planes de Medicare para Recetas Médicas

Cada plan de Medicare es diferente. Ya sea que lo escoja por primera vez, o que esté cambiando de plan, debe comparar los planes en su zona para escoger la cobertura que le convenga más.

Usted puede obtener ayuda personalizada para comparar los planes de Medicare para recetas médicas del modo siguiente:

- Visite www.medicare.gov y seleccione “Compare Planes Medicare para Recetas Médicas”.
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (vea las páginas 92–95 para los números de teléfono).

Tenga su tarjeta Medicare preparada, así como la lista de sus medicamentos, la dosis y el nombre de la farmacia que usa.

Para comparar los planes de recetas médicas en su área, tenga en cuenta:

- **La Cobertura.** Los planes pueden tener normas sobre qué medicamentos cubren en las distintas categorías. Fíjese si su plan cubre sus medicamentos. Los planes de recetas médicas tienen una lista de medicamentos cubiertos ([formulario](#)). Esta lista siempre debe cumplir con los requisitos de Medicare. Pero, la lista puede cambiar durante el año porque las terapias con medicamentos cambian, y aparecen nuevos tratamientos y medicamentos. Si el cambio afecta a sus medicamentos, el plan se lo notificará por los menos 60 días antes de hacer el cambio en el formulario. En la mayoría de los casos, si hay un cambio en el formulario que afecta uno de los medicamentos que usted toma, el medicamento todavía estará cubierto hasta el final del año.
- **El Costo.** Fíjese cuánto cuestan los medicamentos en cada plan. Si actualmente tiene cobertura de recetas médicas, compare sus costos actuales con los de los planes de Medicare de recetas médicas. Las [primas](#) mensuales, [deducibles](#), y su parte del costo de los medicamentos recetados ([coseguro](#) y [copagos](#)) variarán de acuerdo al plan y al medicamento. Si tiene ingresos y recursos limitados, podría recibir ayuda adicional para pagar por los costos de sus recetas médicas (vea las páginas 64–65).
- **Conveniencia.** Los planes de Medicare para recetas médicas tendrán contrato con ciertas farmacias de su área. Llame al plan para asegurarse que las farmacias del plan que escoge estén ubicadas convenientemente. Algunos planes le permitirán ordenar sus medicamentos por correo. Si pasa parte del año en otro estado, vea si el plan le ofrece cobertura en ese estado.

Cuando Escoge la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas por Primera Vez

Como cualquier otro seguro, la cobertura de recetas médicas de Medicare, estará allí para ayudarle con sus costos de medicamentos cuando lo necesite. Aun si usted actualmente no necesita muchos medicamentos, tiene igualmente que pensar en inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare. A medida que envejecemos, la mayoría de las personas necesitamos más medicamentos para mantenernos saludables.

Es usted

- un miembro nuevo de Medicare, o
- ¿alguien que ha perdido su **cobertura acreditable**/válida (la cobertura que se espera que pague por lo menos lo mismo que la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare, tal como la cobertura de algunos planes de empleador o sindicato) en los 63 últimos días?

Si es su caso, si se inscribe ahora significa que pagará la **prima** mensual más baja que sea posible. Cada año (del 15 de noviembre al 31 de diciembre), usted puede cambiar a otro plan de Medicare si sus necesidades hubiesen cambiado.

Usted puede inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare tres meses antes de cumplir 65 años o tres meses después. Por lo general, si está incapacitado, puede inscribirse tres meses antes y tres meses después de su mes número 25 de incapacidad.



Si no se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare cuando es elegible por primera vez, y no ha tenido cobertura acreditable/válida de recetas médicas por lo menos por 63 días, cuando se inscriba, tendrá que pagar una **penalidad por inscripción tardía. Esta cantidad cambia cada año. Usted tendrá que pagar dicha penalidad por todo el tiempo que tenga esta cobertura.**

Sección 6: La Cobertura de Medicare para Recetas Médicas

¿Cuánto me costará la multa/penalidad?

Su penalidad es calculada al inicio de su inscripción en un plan de Medicare para recetas médicas. Para calcular su penalidad, busque la prima promedio nacional del año de cobertura y calcule el 1% de esa cantidad (puede encontrar la cantidad del 2007 en la página 107). Multiplíquela por el número de meses completos en que fue elegible para inscribirse en un plan de recetas médicas y no lo hizo. El resultado será la cantidad que pague de penalidad. Esta cantidad se agregará a su prima mensual independientemente del plan que haya escogido y por todo el tiempo que tenga dicho plan. La multa es calculada nuevamente cada año en el que haya un cambio en la prima promedio nacional. Si necesita ayuda para calcularla, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea las páginas 92–95 para los números de teléfono).

Cambio de Planes de Medicare para Recetas Médicas

Si tiene actualmente cobertura de recetas médicas de Medicare, **debe revisar su cobertura cada año en el otoño**. Tal vez le convenga cambiar de un plan a otro que responda mejor a sus necesidades. Generalmente, usted sólo puede cambiar de plan del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año (vea las páginas 71–78). La cobertura del nuevo plan empezará el 1 de enero del año siguiente. Es mejor inscribirse en el plan a principios de mes una vez haya tomado la decisión. En ciertos casos, tal vez pueda cambiar de plan en otro momento (vea la página 72). Si está satisfecho con su cobertura, y su plan de recetas médicas de Medicare aun se ofrece en su área, no tiene que hacer nada para continuar con su cobertura.



Sólo proporcione su información personal a médicos, otros proveedores, a los planes aprobados por Medicare y a la gente de su comunidad que trabaja con Medicare, como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud o al Seguro Social (SSA). Si tiene preguntas llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué ocurre si tengo la cobertura completa del programa Medicaid de mi estado?

Si usted tiene cobertura completa de su programa estatal de Medicaid y es elegible para Medicare, Medicare lo inscribirá automáticamente en la cobertura de recetas médicas si usted no se ha inscrito en un plan. Medicare en vez de Medicaid será quien le brinde esta cobertura y comience a pagar por sus medicamentos. Medicaid cubrirá otros servicios que Medicare no cubre. En algunos casos limitados, Medicaid se agregará a la cobertura de Medicare. Usted puede cambiar a otro plan de recetas médicas de Medicare cada mes.

Medicare paga por casi todos los costos de sus medicamentos cubiertos si se inscribe en un plan de recetas médicas o en un [Plan Medicare Advantage](#) con cobertura de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, usted pagará de su bolsillo una cantidad pequeña por cada receta cubierta. La cobertura de medicamentos varía con cada plan.

Si usted tiene Medicare y la cobertura completa de Medicaid, y vive en ciertas [instituciones](#) (como un asilo de ancianos) no pagará nada por la cobertura de sus recetas médicas.

¿Qué ocurre si tengo ciertos beneficios u otra ayuda para pagar mis costos de Medicare?

Si no se inscribe en un plan de recetas médicas, Medicare lo inscribirá en uno para asegurarse que reciba ayuda para pagar por los costos de sus medicamentos. Usted tendrá una amplia cobertura sin tener que pagar una [prima](#) mensual. Por lo general, usted solo pagará de su bolsillo una cantidad pequeña por cada medicamento cubierto.

- **Si solicita y reúne los requisitos para recibir la ayuda adicional para pagar los costos de Medicare o recibe los beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) sin Medicaid puede cambiar de plan una vez antes de que finalice el año, y una vez al año entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre.**
- **Si está inscrito en un Programa de Ahorros de Medicare** (su programa estatal Medicaid paga por las primas de Medicare), usted puede cambiar de plan en cualquier momento.

Si tiene otra cobertura de recetas médicas que es por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos (acreditable/válida) de Medicare, puede rechazar el plan en el que Medicare lo ha inscrito. Para hacerlo, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o llame al plan en el que Medicare lo ha inscrito.

¿Qué pasa si tengo cobertura de recetas médicas de un empleador o sindicato actual o anterior?

Medicare ofrece ayuda a los empleadores y sindicatos para pagar por la cobertura de medicamentos para sus retirados. Su empleador o sindicato actual o anterior (o el de su cónyuge), debe decirle como se compara su cobertura actual con la cobertura de medicamentos estándar (mínima) de Medicare. Los empleadores y sindicatos deben proporcionarle esta información en un aviso o en el manual de beneficios. **Guarde este aviso porque puede ayudarle a decidir si desea inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare.** Esta es la prueba de su [cobertura de medicamentos acreditable/válida](#).

Usted no tendrá que pagar una [penalidad](#) si su empleador o sindicato deja de ofrecer la cobertura de medicamentos, que era cobertura acreditable/válida si se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare antes de pasar 63 días sin cobertura. Si la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato no es al menos tan buena como la cobertura estándar de recetas médicas de Medicare (no es cobertura de medicamentos acreditable/válida), pregunte a su administrador de beneficios acerca de otras opciones. Usted tendrá varias opciones. Si no le notifican, comuníquese con su administrador de beneficios.



Si deja la cobertura de su empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarla. Es posible que no pueda dejar su cobertura de *medicamentos* de empleador o sindicato sin tener que dejar también su cobertura de *salud* (médicos y hospital). Si abandona su cobertura de empleador o sindicato, puede que tenga que abandonar también la de su cónyuge y dependientes. Comuníquese con el administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio a su cobertura de medicamentos.

¿Qué pasa si tengo cobertura de recetas médicas de TRICARE, del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) o del Programa de Beneficios para Empleados Federales (FEHB)?

- Mientras reúnan los requisitos, la mayoría de los beneficiarios no cambiarán su cobertura de medicamentos recetados de TRICARE, de VA o de FEHB.
- Comuníquese con su administrador de beneficios o con el asegurador de TRICARE, VA o FEHB antes de hacer cualquier cambio. Casi siempre será beneficioso que conserve su cobertura actual sin hacer cambios. Sin embargo, en algunos casos, si agrega la cobertura de medicamentos de Medicare, tal vez tenga cobertura adicional y a veces, **copagos** más bajos.
- Si pierde su cobertura de TRICARE, VA o FEHB y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas dentro de los 63 días de terminada su cobertura de TRICARE, VA o FEHB en la mayoría de los casos no pagará la **penalidad**.

¿Cómo me inscribo en un plan de recetas médicas?

Una vez que ha escogido el plan, usted puede inscribirse

- a través de una solicitud impresa. Comuníquese con la compañía que ofrece el plan y pida una solicitud. Una vez que llenó la solicitud envíela a la compañía por correo o fax.
- en el sitio Web del plan. Visite el sitio Web del plan para averiguar si puede inscribirse en línea (Internet).
- en el sitio Web de Medicare. También podrá inscribirse en www.medicare.gov usando la tecla “inscripción” (“enroll”) en la “Herramienta personal de búsqueda de Planes Medicare”. No todos los planes de recetas médicas de Medicare ofrecen la opción para inscribirse por Internet.
- por teléfono. Tal vez pueda inscribirse llamando al plan o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los planes de recetas médicas de Medicare no están autorizados a llamarlo e inscribirlo en un plan.

Cuando se inscriba en un plan de recetas médicas de Medicare, tendrá que dar su número de Medicare. Busque el número en su tarjeta de Medicare y la fecha en que se inició su cobertura de las Partes A y B.

Para información sobre la inscripción y el cambio de planes, vea las páginas 71–78.

Aproveche al Máximo su Cobertura de Recetas Médicas

Una vez que se haya inscrito en un plan de recetas médicas, hay ciertas cosas que debe saber para aprovechar su cobertura al máximo. A continuación encontrará respuestas a algunas preguntas que pudieran surgir cuando comience a usar este beneficio.

¿Qué hago si necesito comprar mi medicamento antes de recibir la tarjeta del plan de recetas médicas de Medicare?

Puede llevar a la farmacia cualquiera de estos comprobantes:

- Una carta de confirmación del plan
- Una carta de bienvenida del plan
- Un número de confirmación que recibió de su plan y el nombre y número de teléfono del plan

Si se inscribe a principio del mes, tiene más posibilidades de haber recibido todos los documentos del plan para cuando comience su cobertura.

Si no tiene ninguno de los comprobantes mencionados, y el farmacéutico no tiene forma de comprobar la información, tal vez tenga que pagar la receta de su bolsillo. Si lo hace, guarde los recibos y comuníquese con su plan para que le reembolsen el pago.



Inscríbase a principio de mes. Así le dará tiempo al plan de Medicare que le envíe por correo todos los documentos, tales como su tarjeta de miembro, una carta de confirmación y el paquete de bienvenida antes que empiece su cobertura. De este modo, aun si va a la farmacia el primer día de cobertura, podrá obtener sus medicamentos sin retraso.

¿Por qué existen normas sobre la cobertura de ciertos medicamentos y cuándo están cubiertos?

Hay muchas normas que pueden variar de acuerdo al plan. Ciertos medicamentos como los barbitúricos, benzodiazepinas, medicamentos para subir o bajar de peso, medicamentos para la disfunción eréctil y aquellos para los resfríos, no están cubiertos por ley. Los planes pueden decidir ofrecerlos como un beneficio adicional.

Los planes también pueden excluir ciertos medicamentos de su cobertura. Si bien puede que su plan no tenga un medicamento específico en su lista ([formulario](#)) de medicinas cubiertas, por ley, debe tener un medicamento similar en cuanto a la seguridad y eficacia. Tal vez lo tenga como medicamento genérico o alternativa terapéutica (medicamento de otra marca), que brinde el mismo beneficio que el de una marca más cara.

Los planes tienen normas que deben seguirse antes de venderle ciertos medicamentos. Por ejemplo, algunos medicamentos pueden tener más efectos colaterales o restricciones en cuanto al tiempo que pueden tomarse. Algunos cuestan más que otros aun cuando otros de menor costo pueden dar el mismo resultado.

Todos los planes tienen un proceso de [excepción](#). Si su médico cree que usted necesita un medicamento que no está en la lista del plan o el plan tiene ciertas normas que deben dejarse sin efecto, el médico puede solicitar una excepción. No siempre el plan hace una excepción. Vea las páginas 81–82 para más información.



La información específica sobre el formulario no se incluye en esta publicación porque cada plan tiene su propio formulario. Los formularios pueden cambiar. Llame a su plan para obtener una copia actualizada del formulario.

Todos los planes de recetas médicas de Medicare han negociado precios con descuento para los medicamentos que ofrecen y puede que usted se beneficie de estos ahorros. O sea, si compra los medicamentos del formulario del plan puede ahorrar dinero. Usted obtendrá precios más bajos antes de pagar el [deducible](#) y cuando está en el período sin cobertura (durante el cual usted paga el costo total del medicamento). Si usa medicamentos genéricos también ahorra dinero. Si desea información sobre un medicamento similar que pueda usar, visite www.medicare.gov y seleccione la “Herramienta de Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas”. O llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de [TTY](#) deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Cuáles son algunas de estas normas?

Para asegurarse que ciertos medicamentos estén recetados y sean usados correctamente y sólo cuando sea realmente necesario, los planes pueden tener normas estándar, incluyendo:

- **Autorización previa**—Lo que significa que antes que el plan cubra esos medicamentos, su médico debe llamar al plan y demostrarle que es [necesario por razones médicas](#) para que el plan cubra dicho medicamento.
- **Límite de cantidad**— Esto se refiere a la cantidad de píldoras que puede tomar a la vez.
- **Terapia en etapas/pasos**—Significa que antes que el medicamento de la terapia en etapas sea cubierto, usted debe probar uno o más medicamentos similares de menor costo (vea el ejemplo a continuación).

Ejemplo de terapia en etapas/pasos para una persona que sufre de insuficiencia cardiaca

1 Paso—El Dr. Crespo desea recetar el inhibidor ACE para tratar la insuficiencia cardiaca del Sr. Montes. Hay más de un tipo de inhibidor ACE. Algunos de los medicamentos que piensa recetar son de marca de acuerdo al plan de recetas médicas del Sr. Montes. El plan exige que el Dr. Crespo recete primero el medicamento genérico lisinopril. Para la mayoría de las personas lisinopril es tan eficaz como el medicamento de marca.

2 Paso—El Sr. Montes toma lisinopril pero tiene efectos secundarios adversos o su mejoría ha sido limitada, su médico le receta un medicamento de marca como Prinivil® o Zestril®. El plan de recetas médicas del Sr. Montes ahora cubrirá el medicamento de marca.

¿Qué ocurre si tomo un medicamento que no está en el formulario de mi plan o en la terapia en etapas cuando mi cobertura entra en vigencia?

Su plan le dará por única vez un suministro del medicamento que toma. Durante sus primeros 90 días en un plan, Medicare exige que sus planes le otorguen a sus miembros nuevos y al médico 30 días para que busquen un medicamento del formulario que tenga el mismo resultado que el que el beneficiario estaba tomando. Diferentes normas pueden aplicar para las personas en [instituciones](#) (como un asilo de ancianos). Sin embargo, si usted ya intentó con ese medicamento similar y no funcionó, o si su médico considera que por su problema de salud sólo puede tomar un cierto medicamento, puede llamar al plan y pedir una [excepción](#) en cuanto usted reciba el suministro para 30 días. Si se aprueba la excepción solicitada por su médico, el plan pagará por el medicamento. **Si la excepción no es aprobada, usted puede [apelar](#) la decisión (vea las páginas 79–82).**

¿Cuáles son los “niveles o categorías” del formulario del plan?

Muchos planes de recetas médicas clasifican sus medicamentos por niveles. Los medicamentos de cada nivel tienen un precio diferente.

Algunos planes pueden tener más niveles que otros. A continuación le presentamos un ejemplo:

Nivel	Usted paga	Lo que está Cubierto	Ejemplo de costo*
1	El copago más bajo	La mayoría de los medicamentos genéricos	\$5.00
2	Copago mediano	Medicamentos recetados de marcas preferidas	\$28.00
3	Un copago más alto	Medicamentos recetados de marcas no preferidas	\$53.00
Nivel especial	Un porcentaje más elevado	Medicamentos especiales de muy alto costo	25%–33% del costo del medicamento

* Estas cantidades no son costos reales. Son ejemplos de copagos o coseguro para un suministro de 30 días. Los costos varían por plan y por medicamento.

¿Son los medicamentos genéricos tan buenos como los de marca?

Sí. Según la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA por sus siglas en inglés), un medicamento genérico es igual al de marca en lo que respecta a la dosis, seguridad, potencia, calidad, el modo en que funciona, el modo en que se administra y el modo en que debe de ser usado. Por lo tanto, tienen los mismos riesgos y beneficios que los medicamentos de marca.

Dado que los fabricantes de medicamentos genéricos compiten al hacer los medicamentos genéricos, sus costos (en promedio) son 70% más bajos que los de marca. Los fabricantes de medicamentos genéricos deben demostrarle a la FDA que su producto funciona del mismo modo que el de marca. Hoy en día, casi la mitad de todas las recetas médicas se venden bajo la forma genérica.

¿Cómo pago la prima de mi plan de recetas médicas de Medicare?

Hay tres maneras de pagar la **prima** del plan:

1. Puede pedir que le deduzcan el monto de la prima de su cuenta de ahorro o cuenta corriente, o que lo carguen a su tarjeta de crédito o de débito.
2. Puede pedir que le deduzcan el monto de la prima de su beneficio del Seguro Social, si su cheque mensual cubre la deducción.
3. El plan de recetas médicas puede enviarle una factura mensual. (Si desea más información sobre las primas o cómo pagarlas, llame al plan.)

Nota: La deducción del monto de la prima demorará de dos a tres meses una vez que haya comenzado la cobertura. Cuando se inscriba en un plan de recetas médicas, las primas de los dos o tres primeros meses se deducirán de manera conjunta. Por ejemplo, si se inscribió o cambió de plan en diciembre para que su cobertura comience en enero, el primer pago de la prima será probablemente en febrero, ese pago o deducción incluirá el monto de la prima de enero y febrero.

¿Qué debo hacer si me mudo fuera del área de servicio del plan de recetas médicas?

Puede inscribirse en otro plan el primer día del mes anterior a su mudanza. De este modo, su cobertura nueva comenzará el primer día del mes en que se haya mudado. O, puede inscribirse hasta dos meses después de haberse mudado. Si su empleador anterior o su sindicato paga por la cobertura de recetas médicas de Medicare, comuníquese con su administrador de beneficios para averiguar sobre sus opciones.

Usted puede obtener información actualizada sobre los planes de recetas médicas de Medicare en su zona nueva visitando www.medicare.gov por Internet. Seleccione “Herramientas de Búsqueda” en la parte superior de la página. Luego seleccione “Compare los Planes Medicare para Recetas Médicas”. O llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Si su ingreso o recursos son limitados o cambian durante el año, tal vez reúna los requisitos para recibir la ayuda adicional para pagar por el costo de su cobertura de medicamentos. Si desea más información sobre cómo solicitar la ayuda adicional, vea las páginas 64–65. Si no está tomando muchos medicamentos, tal vez le convenga buscar planes de recetas médicas de más bajo costo.

Otros Planes Medicare, del Gobierno, y Seguros Privados

57

Sección

Algunas personas que tienen o son elegibles para Medicare obtienen su cobertura de otro tipo de plan de Medicare, del gobierno, o seguro privado.

Estos incluyen:

1. Otros Planes Medicare

- Planes de Costo, vea la página 58
- Demostraciones/Programas Piloto, vea la página 59
- Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE por sus siglas en inglés), vea la página 59

2. Otros Seguros del Gobierno

- Programa de Beneficios Médicos para Empleados Federales (FEHBP por sus siglas en inglés), vea la página 59
- Beneficios para Excombatientes/Veteranos, vea la página 60
- Beneficios militares (TRICARE), vea la página 60

3. Otros Seguros Privados

- Cobertura de empleador o sindicato, vea la página 61
- Seguro de cuidado a largo plazo, vea la página 62

Para más información, visite www.medicare.gov, llame a su [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (vea las páginas 92–95 para los números de teléfono), o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 97–100.



Si desea información sobre [Medigap](#) (Seguro Suplementario a Medicare) que le ayuda a pagar por algunos o todos los deducibles, y costos de coseguro que el [Plan Original de Medicare](#) no cubre, vea las páginas 29–31.

1. Otros Planes Medicare

Hay algunos planes de salud de Medicare que no son parte de [Medicare Advantage](#). Sin embargo, son parte del Programa Medicare. Medicare paga a estos planes privados una cantidad fija mensual por su cuidado. Estos planes cubren los servicios de las Partes A y B de Medicare y algunos también los de la Parte D (recetas médicas).

Estos planes funcionan igual y tienen las mismas normas que los Planes Medicare Advantage (vea las páginas 36–37 y 71–78). Cada tipo de plan tiene normas y excepciones especiales. Sin embargo, es conveniente que se comunique con el plan que ha elegido para obtener más información. A continuación y en la página siguiente, le damos una descripción breve de estos planes.

■ Planes de Costo de Medicare

Los [Planes de Costo de Medicare](#) son un tipo de HMO ofrecidos en ciertas zonas del país.

En un Plan de Costo de Medicare

- Usted puede inscribirse aun si sólo tiene la Parte B.
- Si se atiende con un proveedor que no pertenezca a la red del plan, los servicios estarán cubiertos por el [Plan Original de Medicare](#). Usted pagará el [coseguro](#) y [deducibles](#) de las Partes A y B.
- Usted puede inscribirse en un Plan de Costo de Medicare en cualquier momento si es que está aceptando nuevos miembros.
- Usted puede retirarse de un Plan de Costo de Medicare en cualquier momento y regresar al Plan Original de Medicare.
- Usted puede obtener el beneficio de recetas médicas del plan, si es que lo ofrece o, inscribirse en un [Plan de Medicare para Recetas Médicas](#) para obtener esta cobertura.

1. Otros Planes Medicare (continuación)

■ Demostraciones/Programas Piloto

Los programas piloto son proyectos especiales para probar futuras mejoras en la cobertura, costos y calidad de los servicios de Medicare. Los programas piloto generalmente son para un grupo específico de gente y/o se ofrecen sólo en áreas específicas. Algunos siguen los reglamentos de los [Planes Medicare Advantage](#) y otros no. Para más información sobre cómo trabaja comuníquese con el Programa Piloto.

Estos programas son para los beneficiarios de Medicare con enfermedades crónicas múltiples. Están diseñados para reducir los riesgos y mejorar la calidad de vida de los pacientes y proporcionar ahorros. Para informarse sobre los programas piloto, visite www.medicare.gov por Internet o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

■ PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)

Los planes PACE combinan los servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para personas delicadas de salud que viven y obtienen su atención médica en la comunidad. Estos programas, en algunos estados, son una opción combinada de Medicare y Medicaid. Si desea información sobre PACE, vea la página 69.

2. Otros Seguros del Gobierno

■ Programa de Beneficios Médicos para Empleados Federales (FEHBP por sus siglas en inglés)

El FEHBP ofrece servicios médicos a los empleados y jubilados federales y a sus familiares. Generalmente los planes del programa FEHBP ayudan a pagar el mismo tipo de expensas que Medicare. Los planes FEHBP también cubren los medicamentos recetados, los exámenes físicos de rutina, la atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y algunos [servicios preventivos](#) que Medicare no cubre. Algunos planes FEHBP también cubren los servicios dentales y de la vista.

Si está en un plan FEHBP, recibirá información sobre su cobertura de recetas médicas, durante el período abierto. Comuníquese con la oficina del Gerente de Personal llamando al 1-888-767-6738 o con su plan si tiene más preguntas.

2. Otros Seguros del Gobierno (continuación)

■ Beneficios para Veteranos

Si es un veterano o ha prestado servicio en las fuerzas armadas de los EE.UU., llame al Departamento de Asuntos de Veteranos (VA por sus siglas en inglés) al 1-800-827-1000, o visite www.va.gov para información sobre los beneficios para los veteranos y los servicios disponibles en su área. Tal vez pueda obtener la cobertura de recetas médicas del programa VA.

■ Beneficios militares (TRICARE)

TRICARE es un programa de atención médica para militares en servicio activo, militares jubilados y sus familias. TRICARE for Life (TFL) es una cobertura médica para los jubilados militares-elegibles para Medicare de 65 años o más, sus familiares y sobrevivientes elegibles y ciertos ex-cónyuges. TRICARE Prime es una opción de cuidado administrado. TRICARE Standard es un plan de pago-por-servicio en el cual puede atenderse con cualquier proveedor certificado/autorizado por TRICARE. TRICARE Extra es por lo general una opción para los que tienen TRICARE Standard y que quieren ahorrar en los gastos directos del bolsillo al hacer una cita con los proveedores de la red de TRICARE (médicos, enfermeras, etc.). Todos los beneficiarios de TRICARE son elegibles para el beneficio farmacéutico de TRICARE.

Para obtener TRICARE, los beneficiarios de Medicare deben tener las Partes A y B. Para los servicios cubiertos por ambos (Medicare y TFL), Medicare es el pagador primario y TFL paga la parte restante al proveedor. Para los servicios que sólo cubre Medicare, usted paga el deducible, copago o coseguro y Medicare paga la parte que le corresponde. Para los servicios cubiertos sólo por TFL, TFL es el pagador primario. Usted paga el deducible de TFL (\$150 por individuo, \$300 por familia) y su parte del costo. Llame al contratista que administra las reclamaciones de TRICARE al 1-866-773-0404 si desea más información o ayuda, o visite www.tricare.oud.mil por Internet.

3. Otros Seguros Privados

■ Cobertura de Empleador o Sindicato

Llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato actual o antiguo o el de su cónyuge o de un miembro de su familia. Pregunte si usted tiene o puede conseguir cobertura para servicios de salud por el empleo actual o pasado. Cuando tiene cobertura de empleador o sindicato, esta cobertura es voluntaria. El empleador o sindicato por lo general tiene derecho a cambiar los beneficios y las [primas](#) o dejar de ofrecer dicha cobertura.

Medicare ayudará a los empleadores y sindicatos a continuar brindando a los jubilados cobertura de recetas médicas. Si tiene cobertura de recetas médicas por su empleo actual o antiguo, su empleador o sindicato le informará cómo funcionará su plan de medicamentos con la cobertura de recetas médicas de Medicare. **Guarde esa carta.** Tal vez la necesite como prueba de su [cobertura acreditable/válida de medicamentos](#), si se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare más adelante. En algunos casos, si se inscribe en un plan de Medicare de recetas médicas, la cobertura de medicamentos de su empleador o sindicato podría limitarse o terminar. Antes de inscribirse en un plan de Medicare de recetas médicas, llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato. Para más información, vea la página 50.



Si usted abandona la cobertura de salud de su empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarla. También es posible que no pueda dejar la cobertura de medicamentos recetados sin tener que dejar su cobertura de salud. Si abandona su cobertura de empleador o sindicato también tendrá que dejar la de su cónyuge o dependiente. Si desea más información, llame a su administrador de beneficios del empleador o sindicato.

Nota sobre COBRA

COBRA (Ley Consolidada de Equilibrio Presupuestario de 1985) es una ley que podría permitirle que mantenga su cobertura de salud de su empleador o el de su cónyuge, una vez que su empleo se haya terminado. Cuando deje de estar empleado, usted recibirá solo un [Período de Inscripción Especial](#) para inscribirse en la Parte B sin tener que pagar una penalidad, independientemente de que tenga COBRA o no.

La Parte D funciona de un modo diferente. Para la Parte D, usted tiene un Período de Inscripción Especial si se da de baja del plan de su empleador (incluyendo COBRA).

Antes de escoger a COBRA, hable con su [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) para averiguar si será mejor comprar una [póliza Medigap](#) y/o un plan de recetas médicas de Medicare en vez de COBRA. Vea las páginas 92–95 para los números de teléfono.

3. Otros Seguros Privados (continuación)

- **Seguro de Cuidado a Largo Plazo**—Es importante que piense cómo obtener y pagar su [cuidado a largo plazo](#) antes de que lo necesite. Usted, su familia, su abogado, asesor financiero y/o agente de seguros deben tener en cuenta su estado de salud, los riesgos, las finanzas, sus preferencias y su situación familiar antes de escoger una opción, porque estos factores también afectan sus costos y su cobertura.

Las agencias de seguros privadas venden este tipo de seguro de cuidado a largo plazo que, por lo general, cubre la atención médica y no-médica para asistirlo con sus necesidades personales, como el bañarse, vestirse, usar el baño, y comer.

Si desea más información sobre seguros de cuidado a largo plazo, consiga una copia de la “Guía del Comprador sobre Seguros de Cuidado a Largo Plazo”, ya sea del Departamento Estatal de Seguros (llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono) o de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (National Association of Insurance Commissioners), 2301 McGee Street, Suite 800, Kansas City, MO, 64108-3600. O, llame al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (vea las páginas 92–95 para los números de teléfono).



Si decide comprar un seguro de cuidado a largo plazo, asegúrese que la compañía y el agente, si uno de ellos participa en la transacción, estén licenciados en su estado. Si no está seguro, llame al Departamento Estatal de Seguros.

Otras opciones para pagar por el cuidado a largo plazo

- **Hipotecas Invertidas**—Es una opción que tienen los propietarios de viviendas de usar el capital (después de deducir la hipoteca) de su vivienda como una fuente de ingreso sin perder la propiedad de la misma. Visite www.medicare.gov si desea más información.
- **Seguro de Vida**—Algunas compañías de seguro le permiten usar su seguro de vida para pagar por el cuidado a largo plazo. Pregunte a su agente de seguros cómo funciona.
- **Recursos Personales**—Usted puede usar sus ahorros para pagar por el cuidado a largo plazo.



Si desea más información sobre este tipo de cuidado visite www.medicare.gov y seleccione “Herramientas de Búsqueda” y luego “Planifique sus Necesidades de Cuidado a Largo Plazo”. O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Ayuda para las Personas con Ingresos y Recursos Limitados

63

Sección

8

Se brinda ayuda adicional a los beneficiarios con ingresos y recursos limitados para pagar por los costos de su atención médica y por los medicamentos recetados. Usted podría reunir los requisitos para uno o más de los programas descritos en esta sección. En la misma mencionamos seis programas:

1. Ayuda adicional para pagar por la cobertura de recetas médicas de Medicare, vea las páginas 64–65
2. **Medicaid** (ayuda de su estado), vea la página 66
3. Programas de Ahorros de Medicare (ayuda estatal de Medicaid para pagar las **primas** de Medicare), vea la página 67
4. Seguridad de Ingreso Suplementario, vea la página 68
5. El Programa PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos), vea la página 69
6. Programas para los residentes de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana, vea la página 70

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 97–100.

Su estado o su zona podrían tener otros programas en los que pueda inscribirse. Comuníquese con la Oficina de Asistencia Médica (Medicaid) de su estado para obtener más información, vea la página 90.



Existe un seguro médico estatal gratuito o de bajo costo para los menores de 19 años que no tengan seguro de salud. Llame al 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) para obtener más información sobre el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños.

1.

Ayuda adicional para pagar por su cobertura de Medicare de recetas médicas

¿En qué consiste este programa?

Medicare brinda “ayuda adicional” para pagar por su cobertura de recetas médicas si usted cumple con los límites específicos de ingresos y recursos. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no incluyen su casa o automóvil. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar por la **prima** mensual de su plan, el **deducible** anual y los copagos de los medicamentos. En la mayoría de los casos, si recibe la ayuda adicional no tendrá que pagar una prima. Pregunte a su plan. Durante el período sin cobertura, usted paga un **copago** o **coseguro**, vea la página 45.

Límite de ingresos y recursos del 2006 para ser elegible para la ayuda adicional

(Las cantidades cambiarán en el 2007.)

	Ingresos	Recursos
Soltero	Menos de \$14,700	Menos de \$11,500
Casado (que vive con su cónyuge)	Menos de \$19,800	Menos de \$23,000

Si vive en Alaska o Hawaii, o paga más de la mitad de los gastos de sus dependientes, los límites de ingreso son más altos. Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana tienen sus propias normas para otorgar la ayuda adicional a sus residentes. Vea la página 70 si desea más información.

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

Usted será elegible automáticamente para recibir esta ayuda si tiene Medicare y:

- tiene o reúne los requisitos para recibir los beneficios de **Medicaid** (vea la página 66),
- obtiene ayuda de su programa estatal Medicaid para pagar las primas de Medicare (pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare, vea la página 67), o
- recibe el beneficio de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés) sin Medicaid (vea la página 68).

¿Cuál es el próximo paso si reúno los requisitos?

Medicare envía cartas a las personas que son elegibles automáticamente para recibir esta ayuda y usted no necesita solicitarla. Si recibe una de estas cartas guárdela para su archivo personal. Usted debe inscribirse igualmente en un plan de recetas médicas de Medicare para obtener la cobertura de medicamentos. Si no elige un plan y se inscribe, Medicare lo hará por usted para asegurarse que no pase ni un día sin cobertura. Averigüe si el plan en el que lo ha inscrito Medicare cubre los medicamentos que usted toma y si puede ir a las farmacias que prefiere. Si no, puede cambiar de plan.

Si Medicare lo inscribe en un plan, Medicare le enviará una carta avisándole la fecha de inicio de su cobertura. Si no quiere inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare (porque por ejemplo, desea quedarse con la cobertura de su empleador o sindicato), puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al plan que aparece mencionado en la carta y comunicarles que no desea la Parte D de Medicare. Para recibir la ayuda adicional debe estar inscrito en un plan de recetas médicas de Medicare.

Si no fue elegible automáticamente pero piensa que le corresponde, puede:

1. **Solicitar la ayuda adicional.** Llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, visite www.socialsecurity.gov, o presente la solicitud en la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) (vea la página 90.) Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778. Después de enviar la solicitud, usted recibirá una carta por correo informándole si es elegible y cuál es el paso siguiente. Aun si no reúne los requisitos para la ayuda adicional, le conviene inscribirse en un plan de recetas médicas.
2. **Inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare.** Si solicita la ayuda adicional y se la otorgan, puede inscribirse en un plan o dejar que Medicare lo inscriba. Medicare le enviará una carta avisándole cuál es el plan y cuándo comienza su cobertura. Si Medicare lo inscribe en un plan, usted puede cambiar de plan por lo menos una vez antes de que termine el año. También puede cambiar de plan entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año.

Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o a su [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (encontrará el número de teléfono en la cara anterior de la última página), para obtener respuesta a sus preguntas sobre la ayuda adicional para pagar por la cobertura de recetas médicas. Los usuarios de [TTY](#) deberán llamar al 1-877-486-2048.

2.

Medicaid

¿En qué consiste este programa?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. La mayoría de sus costos por cuidado de salud están cubiertos si usted tiene Medicare y Medicaid. Los programas Medicaid varían en cada estado. Las personas que reciben ayuda de Medicaid pueden obtener cobertura de servicios que no están completamente cubiertos por Medicare, tales como los del asilo de ancianos y cuidado de la salud en el hogar.

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

Los límites de ingresos para Medicaid varían en cada estado. Llame a la oficina de Asistencia Médica de su estado para averiguar si reúne los requisitos.

¿Cuál es el próximo paso para solicitar este beneficio?

Si desea más información sobre Medicaid, llame a la oficina de Asistencia Médica de su estado (vea la página 90). Visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y obtenga el número de teléfono de la oficina de Asistencia Médica de su estado. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Algunos Planes de Medicare para Necesidades Especiales pueden ofrecer cobertura especial para las personas que tienen Medicare y Medicaid (vea la página 38).

3.

Programas de Ahorros de Medicare (ayuda de Medicaid para pagar por las primas de Medicare)

¿Qué es este programa?

Los estados tienen programas que pagan las **primas** de Medicare de las personas de ingresos y recursos limitados y, en algunos casos, también pueden pagar los **deducibles** y **coseguros** de las Partes A y B de Medicare. Estos programas ayudan a millones de beneficiarios de Medicare a ahorrar dinero cada año.

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

- Usted debe tener la Parte A. El Programa de Ahorros de Medicare podría pagar las primas de las Partes A y B.
- Sus **recursos** deben ser de \$4,000 o menos si es soltero o \$6,000 o menos si está casado. Los recursos incluyen el dinero que tenga en cuentas de ahorro o cuentas corrientes, acciones o bonos, pero no incluyen su automóvil ni su vivienda.
- Su **ingreso** mensual no debe exceder \$1,123 si es soltero o \$1,505 si está casado. Los niveles de ingreso cambiarán un poco en el 2007. Si vive en Alaska o Hawai, los límites de ingresos serán un poco más altos.



Cada estado puede tener individualmente límites de ingresos y recursos más altos. Pregunte a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid). Además, ciertos ingresos y recursos no se tienen en cuenta, por lo tanto debe solicitarla aun si piensa que sus ingresos y recursos están por encima del límite. Este es el único modo de averiguar si reúne los requisitos.

¿Cómo hago para solicitar este programa?

Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) (vea la página 90). Dado que los nombres de estos programas pueden variar en cada estado, pida información sobre los Programas de Ahorros de Medicare. Es importante que llame si cree que reúne los requisitos para cualquiera de ellos, aun si no está seguro. Visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número en su estado. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

4.

Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario

¿Qué es este programa?

La Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés) es un beneficio mensual pagado por la Administración del Seguro Social a las personas de ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI le proporcionan dinero en efectivo para cubrir las necesidades básicas de alimentos, ropa y vivienda. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social. Usted puede hacer una cita para solicitar SSI por teléfono o en persona en la oficina local del Seguro Social.

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

Para que le otorguen los beneficios de SSI debe tener ingresos y recursos limitados y estar incapacitado, ciego o tener 65 años o más. También debe ser residente de los EE.UU. y no debe ausentarse del país por más de 30 días, ser ciudadano o nacionalizado o estar en una de las categorías de los que no son ciudadanos pero son elegibles. Las personas que viven en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam y Samoa Americana generalmente no pueden obtener el beneficio de SSI.

¿Cómo solicito este beneficio?

Si desea más información, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 o vaya a la oficina local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778. También puede visitar www.socialsecurity.gov y usar la “Herramienta de Evaluación de Elegibilidad de Beneficios” para averiguar si reúne los requisitos para obtener SSI u otros beneficios y decidir si los solicita.

5.

El Programa PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

¿Qué es este programa?

PACE combina servicios médicos, sociales y de **cuidado a largo plazo** para las personas frágiles que viven en la comunidad. Algunos programas PACE brindan todos los servicios medicamente necesarios, incluyendo la cobertura de Medicare para recetas médicas. PACE es un programa conjunto de Medicare y **Medicaid** disponible en los estados que hayan escogido ofrecerlo como un beneficio de Medicaid optativo. PACE podría ser para usted una opción mejor que un asilo de ancianos. Este programa está disponible sólo en los estados que han elegido ofrecerlo a través de Medicaid.

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

Los requisitos para PACE varían en cada estado.

¿Cómo puedo solicitar los beneficios de este programa?

Para averiguar si reúne los requisitos y si hay un programa PACE cerca suyo llame a la oficina local de Asistencia Médica. Si desea más información, vea la página 90.

También puede visitar www.cms.hhs.gov/pace/pacesite.asp para obtener las direcciones y teléfonos de PACE.

6.

Programas para las personas que viven en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana

¿Qué son estos programas?

Existen programas para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus costos de Medicare. Son programas para los residentes de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana con ingresos y recursos limitados.

¿Cuál es el criterio de elegibilidad para este programa?

Los programas varían en estos lugares. Llame a la Oficina local de Asistencia Médica ([Medicaid](#)) para averiguar sobre los criterios de elegibilidad. Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Cómo Inscribirse y Cambiar de Planes

71

Sección

9

Esta sección le brinda información sobre cómo inscribirse y cambiar un **Plan Medicare Advantage** o un **Plan de Medicare para Recetas Médicas**. Es importante que sepa que la mayoría de las personas solo pueden inscribirse o cambiar de planes en ciertos momentos. Pero algunas personas, como aquellos que son nuevos en el Programa Medicare o los que tienen tanto Medicare como **Medicaid**, tienen otras opciones.

¿Quién puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO)?

Usted por lo general puede inscribirse si:

- vive en el **área de servicio** del plan en el cual se quiere inscribir. En un HMO de Medicare, el área de servicio es la zona en la que recibe los servicios del plan. El plan puede darle más información sobre el área de servicio. Si vive en otro estado parte del año, averigüe si el plan lo cubre en ese estado.
Y
- tiene la Parte A y la Parte B. Sin embargo, si usted ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage y tiene sólo la Parte B, puede quedarse en su plan.
Y
- no padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante), excepto en los casos mencionados en la página 74.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 97–100.



Estas normas podrían ser diferente para los **Planes Medicare para Necesidades Especiales**, (vea la página 38), los **Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare** (vea la página 39), los **Planes de Costo de Medicare** (vea la página 58), los **Programas Piloto** (vea la página 59) o los **Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos** (vea la página 69).

¿Quién puede inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare?

Todo beneficiario con el [Plan Original de Medicare](#), un [Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare](#) que no ofrezca cobertura de medicamentos recetados, un Plan de Costo de Medicare o un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare puede inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare en su área. Para obtener la cobertura de medicamentos, debe inscribirse en un plan de recetas médicas si está en el Plan Original de Medicare. O, debe inscribirse en un Plan Medicare Advantage que ofrezca la cobertura de recetas médicas.



Si tiene la cobertura de recetas médicas de su empleador o sindicato actual o anterior, comuníquese con el administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio a su cobertura de medicamentos. Si se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare, o en un Plan Medicare Advantage, usted y su familia podrían perder la cobertura de su empleador o sindicato.

¿Cuándo puedo inscribirme en un Plan Medicare Advantage o en un plan de Medicare para recetas médicas disponible en mi zona?

1. Cuando sea elegible para Medicare por primera vez, durante el período que comienza tres meses antes que cumpla 65 años y termina tres meses después. Si obtiene Medicare por una incapacidad, puede inscribirse tres meses antes y tres después del mes número 25 de beneficios por incapacidad.
2. Si no se inscribió cuando fue elegible por primera vez, puede hacerlo entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente. La inscripción generalmente es por el año.

Nota: En circunstancias especiales usted podría inscribirse en un Plan Medicare Advantage o un plan de Medicare para recetas médicas en otro momento. Por ejemplo

- si se muda fuera del área de servicio de su plan actual,
- si tiene Medicare y [Medicaid](#),
- si se muda, vive o se retira de una [institución](#) como un asilo de ancianos, o
- si tiene [cobertura acreditable/válida de medicamentos recetados](#) y su cobertura termina.

¿Cuándo puedo inscribirme en un Plan Medicare Advantage o en un plan de Medicare para recetas médicas disponible en mi zona? (continuación)

Si reúne los requisitos para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, puede inscribirse o cambiar de Plan Medicare Advantage del 1 de enero al 31 de marzo de cualquier año, pero no puede inscribirse o abandonar un plan de recetas médicas de Medicare durante este período. Por ejemplo, si usted está en un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados, usted podría volver al Plan Original de Medicare, pero tendría que también inscribirse en un Plan de Medicare para Recetas Médicas al mismo tiempo. Si tiene preguntas sobre la inscripción y el cambio de planes Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Aviso especial para la inscripción en un plan de recetas médicas de Medicare:

Si tiene Medicare y no se inscribió en uno de estos planes para el 15 de mayo de 2006, el próximo período para hacerlo será del 15 de noviembre al 31 de diciembre de 2006. La cobertura comenzará el 1 de enero de 2007. Si se inscribe en ese momento, seguramente tendrá que pagar una **prima** más alta que incluye una **penalidad**, al menos que tenga una cobertura continua de medicamentos que sea a menos tan buena como la cobertura estándar de un plan de recetas médicas de Medicare (**cobertura acreditable/válida**). Usted tendrá que pagar esta penalidad por todo el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si no se inscribe en el 2006 para obtener la cobertura en el 2007, no podrá hacerlo hasta el período que va del 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre del 2007 y su cobertura no comenzará hasta el 1 de enero de 2008.

¿Cómo me inscribo en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicare para Recetas Médicas?

Compare estos planes en su área. Para hacerlo, visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). También puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** para que le ayuden con las opciones de Medicare (vea las páginas 92–95 para los números de teléfonos). Una vez que haya escogido el plan que le interesa, comuníquese con el mismo para averiguar cómo inscribirse. Después de haberse inscrito, recibirá los documentos y la tarjeta del plan. El plan le avisará cuándo comienza su cobertura.



Vea la página 51 para información sobre cómo inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas (solicitud impresa, en el sitio Web del plan, en el sitio Web de Medicare o por teléfono).

Normas especiales para quienes padecen de Enfermedad Renal en Etapa Final

Si usted padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por sus siglas en inglés) y está inscrito en el [Plan Original de Medicare](#), puede inscribirse en un plan de Medicare de recetas médicas pero, por lo general, no puede inscribirse en un [Plan Medicare Advantage](#). Sin embargo, si ya está inscrito en uno de estos planes, puede quedarse o inscribirse en otro plan ofrecido por la misma compañía. Si le han hecho un trasplante de riñón exitoso, tal vez pueda inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Si padece de ESRD y está en un Plan Medicare Advantage y el mismo abandona Medicare o ya no brinda cobertura en su área, usted tiene el derecho por única vez a inscribirse en otro Plan Medicare Advantage. No tiene que usar este derecho inmediatamente. Si cambia directamente al Plan Original de Medicare después de que su plan abandone Medicare o deje de brindar cobertura, igual tendrá por única vez el derecho a inscribirse en un Plan Medicare Advantage en una fecha posterior siempre que el plan acepte miembros nuevos.

También podrá inscribirse en un [Plan para Necesidades Especiales](#) para aquellos beneficiarios con ESRD, si hubiese uno disponible en su zona.

Para más información, visite www.medicare.gov y consulte la publicación “La cobertura de Medicare de los servicios de diálisis y trasplante renal”. Para comparar centros de diálisis en su zona, visite www.medicare.gov y seleccione “Herramientas de Búsqueda” en la parte superior de la página. Luego seleccione “Compare centros de diálisis en su área”. O, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre ESRD y los planes de Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Puedo quedarme con mi póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) si me inscribo en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO)?

Sí, puede quedársela. Sin embargo, **tendrá que seguir pagando sus primas y podría obtener pocos o ningún beneficio de la misma mientras está en un [Plan Medicare Advantage](#)**. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, tendrá que pagar los copagos, coseguro y deducibles. Además, si su plan paga los medicamentos recetados y usted tiene una póliza Medigap que cubre las recetas médicas, esta cobertura debe ser quitada de la póliza Medigap y la prima cambiará. Usted no puede tener cobertura de recetas médicas de una póliza Medigap y de un plan de recetas médicas de Medicare. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud si necesita ayuda para decidir si se queda con su póliza Medigap (vea las páginas 92–95 para los números de teléfono).

¿Puedo quedarme con mi póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) si me inscribo en un Plan Medicare Advantage? (continuación)

En la mayoría de los casos, si cancela su [póliza Medigap](#), tal vez no pueda recuperarla. **Sin embargo, si ésta es la primera vez** que se inscribe en un [Plan Medicare Advantage](#) o en una póliza Medicare SELECT (una póliza Medigap que requiere que use ciertos hospitales y a veces médicos específicos para obtener todos los beneficios), podría tener protecciones especiales de Medigap que le otorgan el derecho a recuperar su póliza Medigap anterior o una nueva si decide abandonar su Plan Medicare Advantage durante el primer año. En cualquier caso, la póliza Medigap no puede incluir la cobertura para recetas médicas. Puede ser que pueda inscribirse en un Plan de Medicare para Recetas Medicas si se da de baja de su Plan Medicare Advantage el primer año. Pregunte al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) si su estado ofrece otros derechos de compra de pólizas Medigap (vea las páginas 92–95 para los números de teléfono).

Si desea más información sobre las políticas y protecciones de Medigap, visite www.medicare.gov y consulte “Selección de una póliza Medigap: Una Guía de Seguro de Salud para las Personas con Medicare”, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

¿Puedo inscribirme en un plan de Medicare si tengo cobertura de mi empleador o sindicato?

En algunos casos, si se inscribe en un Plan Medicare Advantage o en un plan de recetas médicas de Medicare y también tiene cobertura de un empleador o sindicato puede seguir usando esta cobertura junto con la de su plan. En otros casos, si se inscribe en un plan de Medicare puede que pierda su cobertura de empleador o sindicato. Hable con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato sobre las normas que se aplican. **Recuerde, si deja su cobertura de empleador o sindicato tal vez no pueda recuperarla.** Para más información, consulte la página 61.

¿Cuándo puedo cambiar mi plan Medicare?

Por lo general, si se inscribe en un Plan Medicare Advantage o en un plan de Medicare para recetas médicas, sólo podrá cambiar de plan **del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año**. La cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente. Si desea más información, vea las páginas 72–73. Si es elegible para Medicaid, puede cambiar de plan en cualquier momento.

¿Cómo cambio de Plan Medicare Advantage o de plan de recetas médicas?

Usted puede cambiar de plan de tres maneras:

1. Inscribirse en otro plan de Medicare.
2. Escribir o llamar a su plan.
3. Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si desea cambiar de un Plan Medicare Advantage al Plan Original de Medicare, debe comunicarse con su plan o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Si quiere comprar una **póliza Medigap**, usted no dará por terminada su cobertura de Plan Medicare Advantage solo por inscribirse en Medigap. En algunos casos, puede que tenga ciertas protecciones Medigap que le permitan comprar una póliza Medigap. Estos derechos de compra pueden variar en cada estado. Si desea hablar con alguien para que le ayude a decidir si esto le conviene, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea las páginas 92–95 para los números de teléfono).

Si desea cambiar de un Plan Medicare Advantage a otro, simplemente, inscríbese en el nuevo plan que ha escogido. No tiene que avisarle a su antiguo plan ni enviarle nada. Usted será retirado automáticamente del antiguo plan cuando empiece la cobertura del nuevo. Recibirá una carta de su Plan Medicare Advantage nuevo avisándole cuándo comienza su cobertura.



Las normas para inscribirse y cambiar de planes de Costo de Medicare, Programas Piloto y PACE pueden ser diferentes. Consulte las páginas 58–59, o llame al plan para obtener más información.

¿Qué ocurre si me mudo fuera del área de servicio del plan?

Puede llamar al plan para averiguar si puede quedarse en el mismo. Si tiene que cambiar a otro plan, siga las instrucciones de la página 76 para cambiar a otro plan de Medicare. Sus opciones pueden incluir

- otro [Plan Medicare Advantage](#) si hubiese uno disponible en el lugar donde se ha mudado,
- el [Plan Original de Medicare](#), y tendrá derecho a inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare, y/o a comprar una [póliza Medigap](#) para cubrir los servicios que no paga el Plan Original de Medicare, (vea las páginas 29–31), o
- otro [Plan de Medicare para Recetas Médicas](#).

¿Qué puedo hacer si mi plan se retira del Programa Medicare?

Al final del año, su plan podría decidir retirarse del Programa Medicare. Si este fuese el caso, el plan le enviará una carta de notificación. La carta le dirá cuáles son sus opciones. **Nota:** En años recientes, muy pocos planes han dejado el Programa Medicare.

Normas especiales si está inscrito en un Plan Medicare Advantage que se retira del Programa Medicare

Usted regresará automáticamente al Plan Original de Medicare si no escoge inscribirse en otro Plan Medicare Advantage. También tendrá derecho a comprar una póliza Medigap (vea las páginas 29–31). En este caso, debe obtener la mayor cantidad de información sobre sus opciones, antes de tomar una decisión. Independientemente de su elección, usted continúa en el Programa Medicare y obtendrá los servicios cubiertos por Medicare.

Si su plan cubre los medicamentos recetados y usted quiere continuar recibiendo este beneficio, necesita inscribirse en otro plan que lo ofrezca. Si decide regresar al Plan Original de Medicare y quiere continuar con la cobertura de medicamentos, tendrá que inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare.

¿Qué puedo hacer si tengo que dejar mi Plan Medicare Advantage porque el plan reduce su área de servicio?

Al final del año, su plan podría decidir no brindar servicios en ciertas áreas. Si su plan reduce el área de servicio y no hay otros planes en su zona, tal vez pueda quedarse con la cobertura del plan. Pregúntele a su plan. Si el plan ofrece esta opción, usted tendrá que trasladarse hasta el área de servicio del plan para obtener todos los servicios (excepto para emergencias o cuidado urgente). Si su plan no ofrece esta opción, usted regresará automáticamente al [Plan Original de Medicare](#) el 1 de enero. En este caso, tendrá derecho a comprar una [póliza Medigap](#) (vea las páginas 29–31). Si decide regresar al Plan Original de Medicare y quiere seguir teniendo la cobertura de medicamentos, tendrá que inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare.



Las Organizaciones Regionales de Proveedores Preferidos (PPO) (vea la página 36) no reducirán sus áreas de servicio, pero pueden inscribirse o retirarse del Programa Medicare cada año.

Sección

10

Su Derecho de Apelación

Si tiene Medicare, tiene ciertos derechos garantizados. Unos de estos derechos es el de un proceso justo, eficiente, y oportuno para apelar decisiones sobre servicios de salud, o pagos por los servicios. **No importa el plan de Medicare que tenga, siempre tiene el derecho de apelar.**

Usted puede apelar si:

- no se cubre un servicio que usted cree que debería estar cubierto.
- le niegan un servicio o suministro y usted cree que debería estar cubierto.
- no está de acuerdo con la cantidad que pagó Medicare.

Las instrucciones para presentar una apelación las encontrará en:

- el cuadro de abajo si está inscrito en el [Plan Original de Medicare](#).
- los materiales de su [Plan Medicare Advantage](#).
- los materiales de su [Plan de Medicare para Recetas Médicas](#).



Las palabras en color azul están definidas en las páginas 97–100.

Si está en el Plan Original Medicare, puede solicitar una apelación siguiendo estas instrucciones:

1. Haga un círculo alrededor del artículo o servicio que aparece en el Resumen de Medicare con el que está en desacuerdo.
2. Envíe el Resumen de Medicare o una copia del mismo, a la dirección que aparece en el casillero correspondiente a “Información sobre el Servicio al Cliente” al frente del Resumen, o a la dirección específica identificada en la sección del Resumen “Información sobre apelaciones”. También puede enviar toda información adicional que tenga sobre el caso que está apelando.
3. Firme el Resumen de Medicare e incluya un número de teléfono.

Usted debe apelar a más tardar a los 120 días de la fecha de su Resumen de Medicare. Si quiere solicitar una apelación, asegúrese de leer el Resumen de Medicare atentamente y de seguir las instrucciones.

Su Derecho de Apelación (continuación)

Si decide apelar, pida a su médico, o proveedor toda información que pudiera servir a su caso.

Si está en el Plan Original de Medicare y no está seguro si se le cobró a Medicare por los servicios que recibió, escriba o llame al proveedor de servicios de salud y pida una cuenta detallada. Esta cuenta listará cada artículo o servicio de Medicare que le brindó su proveedor. Usted recibirá la factura detallada en un plazo de 30 días. Además, puede revisar su Resumen de Medicare para ver si se le cobró el servicio a Medicare. Si el servicio no se cobró a Medicare, pídale al médico o proveedor que envíe la reclamación a Medicare.

Si está en el Plan Original de Medicare, su médico o proveedor podría entregarle un aviso llamado “Aviso al Beneficiario por Adelantado” que dice que Medicare probablemente (o indudablemente) no pagará el servicio en ciertas situaciones. Esto le garantizará que no reciba facturas inesperadas. Si todavía quiere recibir el servicio, le pedirán que firme un documento donde estipule que usted mismo pagará por el servicio de salud, si Medicare no lo hace. Usted igualmente puede pedirle al médico o proveedor que envíe la reclamación a Medicare.

Los planes como los HMO o PPO y los [Planes de Medicare para Recetas Médicas](#) tienen otras formas de darle esta información.

Si está inscrito en uno de estos planes, llame al plan para averiguar si un servicio o suministro estará cubierto.

Apelaciones Aceleradas

Si está recibiendo servicios de Medicare como paciente interno en un hospital, centro de enfermería especializada, agencia de cuidado de la salud en el hogar, centro ambulatorio de rehabilitación completa u hospicio, tendrá derecho a una [apelación](#) acelerada si cree que sus servicios cubiertos por Medicare fueron terminados antes de tiempo. A esto se le conoce como “revisión acelerada” o “apelación inmediata”. Recibirá un aviso del médico, del proveedor o del plan indicándole cómo solicitar una apelación inmediata. Usted obtendrá una revisión acelerada de médicos independientes que decidirán si los servicios deberían o no haber sido interrumpidos. Si decide apelar, pida a su médico toda información que pudiera ayudar a su caso. También puede llamar al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (vea las páginas 92–95 para los números de teléfonos) para que le ayuden a solicitar la apelación. Puede que tenga otros derechos de apelación si pierde el período para solicitar una apelación acelerada.

¿Puedo apelar las decisiones de mi Plan de Medicare para Recetas Médicas?

Sí. Usted tiene el derecho de obtener una explicación por escrito de su plan de medicamentos recetados si su pedido de un medicamento le es denegado. Algunas de las razones para solicitarla es si su farmacéutico le dice que el plan no cubre un medicamento o piensa que le han pedido que pague más de lo que debe. También puede solicitar al plan una [excepción](#) si usted y su médico piensan que necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos (formulario) cubiertos del plan.

Si no está de acuerdo con lo que le dice el farmacéutico, puede llamar al plan y pedirle una [determinación de cobertura](#). La farmacia le mostrará o entregará una carta donde le explican cómo comunicarse con su plan de recetas médicas de Medicare.



Si su plan no responde a su pedido de un medicamento o a su apelación o a su pedido de una excepción, puede presentar una queja al patrocinador del plan, o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Puedo apelar las decisiones de mi Plan de Medicare para Recetas Médicas? (continuación)

Un pedido estándar debe enviarse por escrito a su plan a menos que el plan lo acepte por teléfono. Usted o su médico pueden llamar o escribirle al plan para solicitar una apelación acelerada. Una vez que el plan reciba su pedido de **determinación de cobertura**, tiene 72 horas (para un pedido estándar) o 24 horas (para un pedido acelerado) para tomar una decisión. Si está solicitando una **excepción**, su médico debe enviar una justificación explicando los motivos por los que su pedido debe ser aprobado. Su plan generalmente tiene 72 horas (para un pedido estándar) o 24 horas (para un pedido acelerado) para tomar una decisión a partir del momento en que reciba la declaración del médico.

Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a una apelación. Usted debe apelar dentro de los 60 días de la fecha en que se tomó la decisión. Un pedido estándar se debe hacer por escrito a menos que su plan admita el pedido por teléfono. Usted puede solicitar oralmente o por escrito una decisión acelerada. Una vez que el plan reciba su pedido de una revisión independiente, tiene 7 días (para un pedido estándar de cobertura) o 72 horas (para un pedido acelerado de cobertura) para notificarle la decisión.

Otros derechos Medicare

Además, tiene derecho a

- recibir información.
- recibir servicios de emergencia o atención urgente.
- acudir a médicos, especialistas, incluyendo especialistas de la salud de la mujer, y hospitales certificados por Medicare.
- participar en decisiones de tratamiento.
- conocer cuáles son sus opciones de tratamiento.
- recibir servicios culturalmente competentes (por ejemplo, en ciertas circunstancias, materiales traducidos en su idioma).
- presentar quejas (por ejemplo, una queja sobre la calidad de los servicios).
- no ser discriminado (vea la página 88).
- confidencialidad de la información personal y médica.

Aviso sobre prácticas de privacidad del Plan Original de Medicare

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE USARÁ O DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA, LÉALA ATENTAMENTE.

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

Medicare usará su historial médico para brindar información:

- a usted u otra persona que actúe como su representante legal,
- al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si fuese necesario, para garantizar que su privacidad esté protegida, y
- cuando la ley así lo requiera.

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

- Las empresas de seguro de Medicare usan su información médica para pagar o denegar las reclamaciones, para cobrar las primas, para compartir sus beneficios de pagos con otros seguros o para preparar el Aviso de Medicare.
- Medicare podría usarla para asegurarse que usted y otros beneficiarios obtengan cuidados de calidad, para brindar servicio al cliente, para solucionar cualquier problema que tenga o para comunicarse con usted para un proyecto de investigación.

Medicare puede usar o divulgar su información médica para los propósitos siguientes y en circunstancias limitadas

- para las agencias estatales o federales que tengan derecho legal a recibir información de Medicare (por ejemplo para asegurarse que Medicare está haciendo los pagos apropiados y para los programas federales/estatales Medicaid,
- para actividades relacionadas con la salud pública (por ejemplo un 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, incluido 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,
- para comunicarse con usted para cambios en sus beneficios de Medicare, y
- para crear un banco de información que ya no pueda ser identificado con usted.

Por ley, Medicare debe obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica personal para cualquier propósito no especificado en este aviso. Usted puede revocar (“retirar”) su autorización en cualquier momento, excepto si Medicare ya ha utilizado su información basándose en el permiso otorgado.

Por ley, usted tiene derecho a:

- ver y pedir una copia de su información médica en poder de Medicare.
- solicitar que se corrija su información médica si cree que está equivocada o si falta información y Medicare está de acuerdo. Si Medicare no está de acuerdo, usted puede agregar a su legajo una declaración donde exprese su desacuerdo.
- 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 proporcionada para pagar por su cuidado o el funcionamiento de Medicare o la que se le proporcionó para los 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 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.
- obtener una copia impresa de este aviso.

Visite www.medicare.gov para más información sobre:

- el ejercicio de sus derechos mencionados en este aviso.
- cómo presentar una queja si usted cree que el Plan Original de Medicare ha violado sus derechos de privacidad. Si usted presenta una queja sobre sus beneficios de Medicare, estos no se verán afectados.

También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener esta información. Pida por un representante de servicio al cliente y pregúntele sobre el aviso de privacidad de Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Usted puede presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Visite www.hhs.gov/ocr/hipaa o llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-866-627-7748. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-537-7697.

Por ley, Medicare debe cumplir con los términos del aviso de privacidad. Medicare tiene el derecho de cambiar el modo en que su información personal se usa o divulga, si lo hace, usted recibirá un aviso nuevo dentro de los 60 días del cambio.

El Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Plan Original de Medicare entró en vigencia el 14 de abril de 2003.

Su Intermediario de Medicare está Trabajando para Usted

El Intermediario de Medicare trabaja para garantizar que los beneficiarios de Medicare obtengan la información y ayuda que necesitan para entender sus opciones de Medicare y para usar sus derechos y protecciones. El Intermediario de Medicare puede identificar problemas y asuntos relacionados con los pagos y las políticas de cobertura, pero no aboga por aumentos en los pagos de Medicare o por una nueva cobertura de servicios.

El Intermediario de Medicare trabaja para garantizar que la información existente de Medicare así como los servicios de asesoría y recursos de ayuda funcionen como deben hacerlo para ayudarle con sus quejas, apelaciones o preguntas sobre Medicare.

Hay muchas maneras de obtener información sobre Medicare o de resolver los problemas relacionados con Medicare. El Intermediario de Medicare trabaja con las organizaciones responsables de atender estas necesidades y para asegurarse que trabajen de manera eficaz.

El Intermediario de Medicare...

- brinda a estas organizaciones los estándares que deben cumplir para un desempeño eficiente que logre los resultados deseados.
- recaba información para averiguar si se responde a sus necesidades y si recibe la información necesaria para tomar decisiones acertadas en cuanto al cuidado de su salud.
- comparte información acerca de lo que funciona y de lo que no funciona para mejorar continuamente la calidad de los servicios que usted recibe de Medicare.
- informa al Congreso sobre los problemas detectados y hace recomendaciones para mejorar la calidad de los servicios.
- trabaja para garantizar que los programas de Medicare satisfagan las necesidades de todos sus beneficiarios.

Visite www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información, si tiene preguntas o si quiere presentar una queja sobre Medicare, a la Oficina del Intermediario de Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Protéjase del Robo de Identidad y del Fraude

El robo de identidad significa que 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.

Mantenga esta información a resguardo. No se la proporcione a ninguna persona que vaya a su casa (o que lo llame) sin ser invitado, para venderle productos relacionados con Medicare. **Sólo divulgue su información personal a médicos, otros proveedores y a los planes aprobados por Medicare, y a las personas de la comunidad que trabajan con Medicare, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud o al Seguro Social.** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si no está seguro de que su proveedor esté aprobado por Medicare.



Si sospecha que alguien está usando su información personal:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a la línea gratuita del Inspector General 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-377-4950.
- Llame a la línea abierta de robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338 para hacer una denuncia (los usuarios de TTY deberán llamar al 1-866-653-4261). Para más información sobre el robo de identidad visite www.consumer.gov/idtheft en el sitio Web.

Los planes de Medicare no pueden pedirle por teléfono información sobre su tarjeta de crédito o sobre su banco, a menos que usted sea miembro del plan. En la mayoría de los casos, los planes no pueden llamarle para inscribirlo en el plan; en cambio, usted debe llamarlos a ellos. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para denunciar a cualquier plan que le solicite su información personal por teléfono o lo llame para que se inscriba en el plan.

Nota: Los planes de Medicare que ofrecen programas piloto pueden llamarlo para averiguar si quiere participar. Para más información sobre los programas piloto, vea la página 59.

Protéjase y Proteja a Medicare del Fraude en la Facturación

La mayoría de médicos, proveedores de servicios de salud y farmacias que trabajan con Medicare son honestos. Son pocos que no lo son. Medicare está trabajando con otras agencias gubernamentales para protegerlo y proteger al Programa Medicare.

El fraude contra Medicare tiene lugar cuando se le cobra a Medicare por servicios que usted nunca recibió. Todos los años, el fraude contra Medicare se lleva mucho dinero del Programa Medicare. Usted paga por ello, con **primas** más altas. El fraude puede ser realizado por individuos, compañías o grupos de individuos.



Si sospecha de algún fraude en la facturación:

- 1. Llame a su proveedor de cuidado de salud para asegurarse que la factura está correcta.**
- 2. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.**
- 3. Llame a la línea gratuita del Inspector General 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477).**

Cuando usted recibe servicios de salud del **Plan Original Medicare**, recibe un Resumen de Medicare (MSN por sus siglas en inglés) de una compañía que administra las cuentas de Medicare. Este resumen muestra qué servicios o suministros se cobraron y cuánto pagó Medicare. Deberá revisarlo para ver si tiene errores. Asegúrese que no se le cobró a Medicare por un servicio o suministro que usted no recibió. Si ve un cargo que puede ser un error, llame al proveedor de servicios de salud, y pregunte al respecto. La cuenta puede estar correcta, y la persona con la que habla lo puede ayudar a comprender mejor los servicios y suministros que recibió. Tal vez descubra un error en la factura que tiene que ser corregido. Si no queda conforme después de hablar con su proveedor, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048.

Usted podría ganar dinero si lucha contra el fraude

Usted podría obtener una recompensa de hasta \$1,000 si

- reporta una sospecha de fraude a Medicare,
Y
- la Oficina del Inspector General revisa su sospecha,
Y
- su denuncia permite recobrar por lo menos \$100 del dinero de Medicare,
Y
- si su sospecha de fraude ya no estaba siendo investigada.

Si desea más información, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov y consulte la publicación “Proteja a Medicare y a Usted Contra el Fraude”.

Usted está Protegido Contra la Discriminación

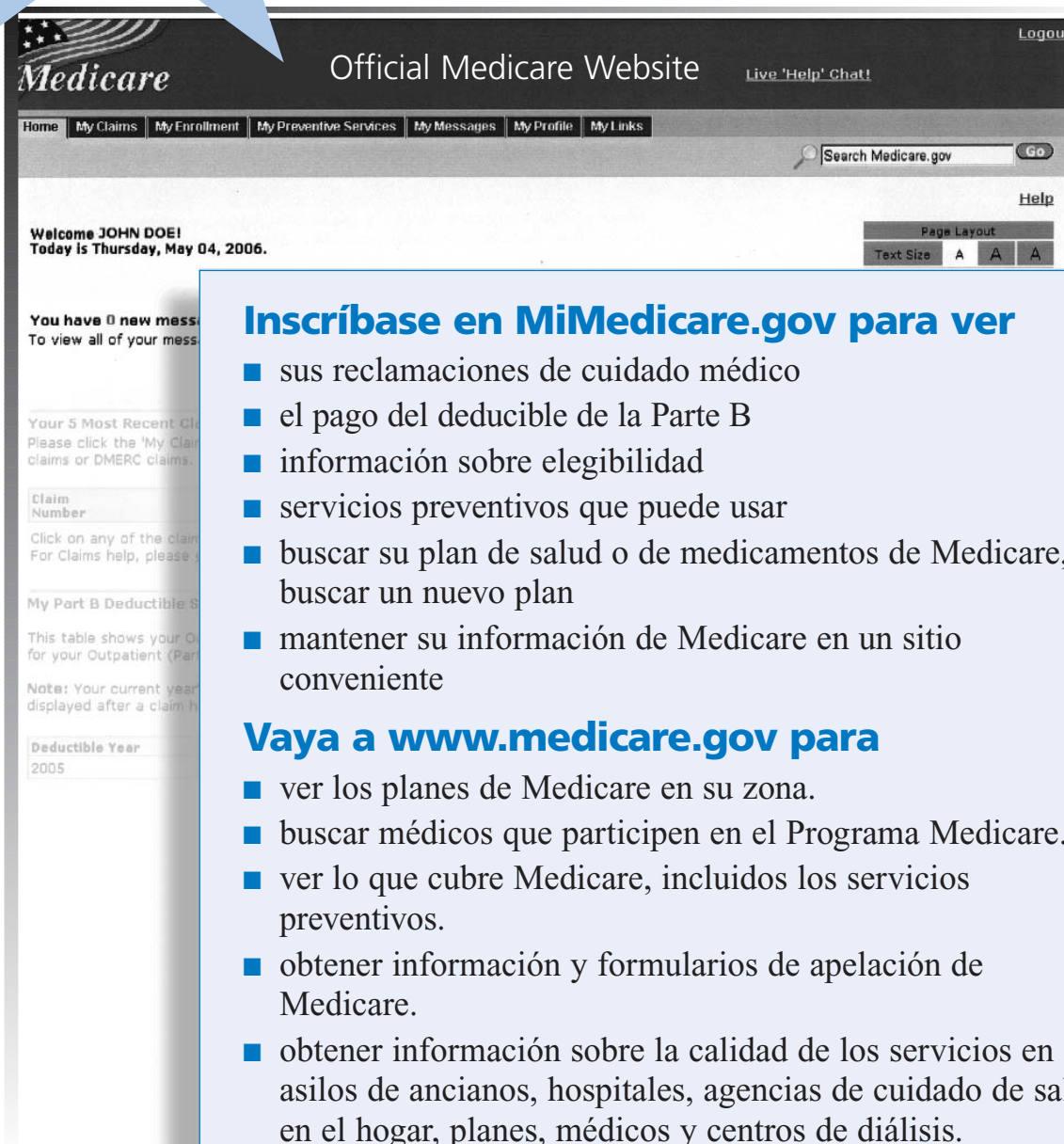
Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare debe obedecer la ley. A usted no se le puede dar un trato diferente por su raza, color, origen nacional, incapacitación, edad, o religión o sexo bajo determinadas condiciones. También está protegida la privacidad de su información médica. Si usted cree que ha sido tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, llame a la Oficina de Derechos Civiles de su Estado o llame gratis al 1-800-368-1019. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-537-7697. También puede buscar en www.hhs.gov/ocr en Internet si desea más información.

Si Desea Más Información

89

Sección 1

Obtenga Información Personalizada sobre Medicare en Cualquier Momento



The screenshot shows the Medicare website interface. At the top, it says "Official Medicare Website" with a "Live 'Help' Chat!" link. Below this is a navigation bar with links: Home, My Claims, My Enrollment, My Preventive Services, My Messages, My Profile, and My Links. A search bar is also present. The main content area is personalized for a user named "JOHN DOE", showing a welcome message and the date "Thursday, May 04, 2006". It lists "Your 5 Most Recent Claims" and provides a table for "My Part B Deductible".

Inscríbese en MiMedicare.gov para ver

- sus reclamaciones de cuidado médico
- el pago del deducible de la Parte B
- información sobre elegibilidad
- servicios preventivos que puede usar
- buscar su plan de salud o de medicamentos de Medicare, o buscar un nuevo plan
- mantener su información de Medicare en un sitio conveniente

Vaya a www.medicare.gov para

- ver los planes de Medicare en su zona.
- buscar médicos que participen en el Programa Medicare.
- ver lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos.
- obtener información y formularios de apelación de Medicare.
- obtener información sobre la calidad de los servicios en los asilos de ancianos, hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, planes, médicos y centros de diálisis.
- buscar números de teléfono útiles en su zona.
- ver publicaciones de Medicare.

Línea de Asistencia 1-800-MEDICARE

En Medicare, trabajamos permanentemente para mejorar el servicio que le brindamos. El 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) ha reemplazado el sistema de selección por tonos por un sistema de voz automatizado, para facilitarle la obtención de información las 24 horas del día incluidos los fines de semana. El nuevo sistema le hará preguntas a las que usted responderá oralmente (con su voz) y su llamada será referida automáticamente a donde puedan darle la información.

Recuerde: Hable claramente, haga su llamada de un lugar tranquilo y tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare (vea el ejemplo en la página 7).

Para las preguntas más frecuentes, use el cuadro de abajo para que su llamada sea dirigida a quién corresponda. Si en algún momento necesita ayuda diga “Agente” (“Agent”) para hablar con un representante.

Si llama por...

Diga...

La cobertura de Medicare de recetas médicas	“Cobertura de medicamentos recetados”
Cuentas médicas o asuntos relacionados con facturas o apelación de una reclamación específica	“Reclamación” “facturación”
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	“Servicios Preventivos”
Formularios y publicaciones	“Publicaciones”
Números de teléfono de su Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid)	“Medicaid”
Preguntas generales sobre la cobertura de Medicare	“Preguntas generales”
Atención médica ambulatoria	“Servicio médico”
Visita al hospital como paciente ambulatorio o paciente interno o por atención en la sala de emergencia	“Estadía en el hospital”
Oxígeno, silla de ruedas, andadores, anteojos, suministros de diabetes o medicinas recetadas cubiertas por Medicare	“Suministros médicos”
Información sobre el deducible de la Parte B	“Deducible”
Información general o sobre facturación de los asilos de ancianos, cuidado de salud en el hogar y cuidado de hospicio	“Asilos de ancianos” “Cuidado de Salud en el Hogar” o “Hospicio”

También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener los teléfonos de las Organizaciones para el Mejoramiento de Calidad (para preguntas sobre la calidad de los servicios) y al Departamento Estatal de Seguros (para preguntas generales sobre seguros). También puede llamar al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (vea las páginas 92–95 para los números de teléfonos). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Las personas que reciben beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario deberán llamar al 1-800-833-4455 para que les respondan las preguntas sobre los servicios y facturas de la Parte B.

Otros contactos importantes

Los números de los contactos importantes son los de las organizaciones que brindan servicios en toda la nación. Estos números telefónicos eran correctos al momento de la impresión del manual, pero a veces pueden cambiar.

Línea de asistencia 1-800-MEDICARE (vea la página 90)	1-800-633-4227 TTY 1-877-486-2048
Administración del Seguro Social Llame para cambios de nombre o de domicilio, defunciones, inscripción en Medicare, reemplazo de su tarjeta de Medicare, para información sobre la ayuda adicional para pagar por la cobertura de recetas médicas y beneficios del Seguro Social.	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	Vea las páginas 92–95
Contratista de Coordinación de Beneficios	1-800-999-1118 TTY 1-800-318-8782
Departamento de Defensa TRICARE TRICARE for Life	1-888-363-5433 1-866-773-0404
Departamento de Salud y Servicios Humanos Oficina del Inspector General Oficina de Derechos Civiles	1-800-447-8477 TTY 1-800-377-4950 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697
Departamento de Asuntos de Veteranos	1-800-827-1000 TTY 1-800-829-4833
Junta de Retiro Ferroviario (RRB) (Sólo para beneficiarios de RRB)	Oficina local de RRB o 1-800-808-0772



Sección 11: Si Desea Más Información

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. Incluye números telefónicos para su información. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite la sección [Contactos Útiles](#) en nuestro sitio web en la Internet. Gracias.

Sección 11: Si Desea Más Información



Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. Incluye números telefónicos para su información. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite la sección [Contactos Útiles](#) en nuestro sitio web en la Internet. Gracias.



Sección 11: Si Desea Más Información

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. Incluye números telefónicos para su información. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite la sección [Contactos Útiles](#) en nuestro sitio web en la Internet. Gracias.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. Incluye números telefónicos para su información. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite la sección [Contactos Útiles](#) en nuestro sitio web en la Internet. Gracias.

Publicaciones de Medicare

Publicaciones detalladas sobre temas de Medicare tales como

- [servicios preventivos](#),
- cuidado de hospicio,
- cuidado de la salud en el hogar,
- cobertura de recetas médicas,
- selección de un asilo de ancianos,
- cuidado de enfermería especializada, y
- derechos y protecciones.

Para leer, imprimir o descargar estas publicaciones, o para ver qué hay disponible,

1. visite www.medicare.gov
2. seleccione “Herramientas de Búsqueda” en la parte superior de la página
3. luego, seleccione “Buscar una Publicación de Medicare”



Usted puede hacer su búsqueda por palabra clave (como hospicio o derechos), o hacer clic en la tecla “Go” y aparecerán las publicaciones en orden alfabético.

Definición de las Palabras en Color Azul

97

Sección

12

Apelación— Una apelación es una clase especial de queja que hace si no está de acuerdo con alguna decisión de Medicare o de su plan de salud. Usted puede apelar si solicitó un servicio, suministro o medicamento que cree que debería obtener o solicita el pago por un servicio que recibió y Medicare o su plan de salud se lo niegan. También puede apelar si recibe cobertura y el plan deja de pagar. Hay un proceso específico que su plan debe seguir cuando usted presenta una apelación.

Cantidad aprobada por Medicare—En el Plan Original de Medicare, es la cantidad que puede recibir en pago un médico o proveedor, incluido lo que paga Medicare y cualquier deducible, coseguro o copago que usted pague.

Cobertura acreditable/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 para recetas médicas.

Copago—En algunos planes de salud Medicare y planes para medicamentos recetados, es la cantidad que usted paga por cada servicio médico que recibe, por ejemplo, una consulta al médico o un medicamento. Un copago, por lo general, es una cantidad fija que usted paga. Por ejemplo, podría ser de \$10 o \$20 por cada consulta médica o receta. Los copagos también se utilizan para ciertos servicios ambulatorios de hospital en el Plan Original de Medicare.

Coseguro—La cantidad que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. En el Plan Original Medicare, es un porcentaje (por ejemplo, el 20%) de la cantidad aprobada por Medicare. Usted tiene que pagarla después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o B. En un plan de Medicare para recetas médicas, el coseguro variará de acuerdo a lo que usted haya gastado.

Cuidado a largo plazo—Una variedad de servicios que ayudan a las personas con sus necesidades de salud o personales, y con las actividades de la vida diaria por un período de tiempo. El cuidado a largo plazo puede brindarse en casa, en la comunidad, o en varios tipos de centros, incluyendo asilos para ancianos, y centros de vida asistida. La mayor parte de cuidado a largo plazo es cuidado de custodia/compañía. Medicare no cubre este tipo de cuidado si es el único tipo de atención que necesita.

Cuidado en un centro de enfermería especializada— Es un cuidado diario que debe ser brindado por enfermeras especializadas o personal de rehabilitación y que, por motivos prácticos, no puede ser brindado como cuidado ambulatorio. Ejemplos de cuidado de enfermería especializada: colocación de inyecciones intravenosas y terapia física. Si necesita cuidado de custodia para ayudarlo a vestirse, bañarse, etc., este tipo de servicio por sí solo, no puede calificar para la cobertura Medicare en un centro de enfermería especializada. Sin embargo, si usted califica para enfermería especializada o rehabilitación, Medicare cubrirá la ayuda con las actividades diarias en el centro.

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud o medicamentos, antes de que el Plan Original de Medicare, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar. Por ejemplo, en el Plan Original de Medicare usted paga un deducible por cada período de beneficios de la Parte A y cada año por la Parte B. Estas cantidades pueden cambiar cada año.



Sección 12: Definición de las Palabras en Color Azul

Determinación de cobertura—Es una decisión tomada por un plan de recetas médicas sobre si un medicamento debe estar cubierto y cuánto debe pagar usted por dicha receta. Incluye la decisión del plan sobre su pedido de excepción de una medicina que no está en el formulario del plan o que cuesta más de lo que usted cree que debería pagar, o si pagarán por un medicamento que requiere de una autorización previa. La farmacia no toma la determinación de cobertura. Usted tendrá que escribir o llamar al plan y solicitar una decisión formal de cobertura si está en desacuerdo. La determinación de cobertura es el primer paso en la decisión del plan. Si no está de acuerdo con la decisión, el próximo paso es la apelación.

Días de reserva de por vida/vitalicios—En el Plan Original de Medicare son 60 días que pagará Medicare cuando ha estado hospitalizado por más de 90 días durante un período de beneficios. 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 (vea la página 105).

Excepción—Cuando usted solicita a un plan de recetas médicas o a un plan de Medicare que no aplique alguna de sus normas sobre lo que cubrirá el plan. Una excepción al formulario es una decisión de cubrir un medicamento que no está en el formulario del plan. Una excepción de nivel es cuando se decide cobrarle el precio de un nivel más bajo para un medicamento que está en el nivel de medicamentos no preferidos (vea la página 55). Otra excepción podría ser no aplicar un límite en la dosis o en la cantidad. Su médico debe enviar una declaración donde se explique el motivo médico que justificaría la excepción.

Formulario—Una lista de los medicamentos cubiertos por el plan.

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

Institución—Un centro que responde a la definición de Medicare de un centro para el cuidado de la salud a largo plazo, por ejemplo un asilo de ancianos o un centro de enfermería especializada. No incluye los centros para adultos y de vida asistida, o los hogares residenciales.

Médico de cuidado primario—Un médico entrenado para brindar atención básica. Es el médico a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El médico de cuidado primario 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 a su médico de cuidado primario.

Medicaid—Un programa conjunto federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero cubren la mayoría de los costos de servicios de salud si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Necesario por razones médicas—Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud, cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica y no se suministran principalmente para su conveniencia o la de su médico.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en inglés)—Un tipo de Plan Medicare Advantage (Parte C) disponible en la mayoría del país. Los planes deben cubrir todos los servicios de las Parte A y B. Algunos HMO ofrecen beneficios adicionales, como días extra en el hospital. En la mayoría de los HMO, solo puede atenderse con médicos, especialista y hospitales de la red del plan excepto en caso de emergencia. Sus costos podrían ser menores que los del Plan Original de Medicare.

Penalidad—Una cantidad que se agrega a su prima mensual de la Parte B o de un plan de Medicare para recetas médicas (Parte D), si usted no se inscribió cuando fue elegible por primera vez. Usted pagará más por todo el tiempo en que tenga Medicare. Hay algunas excepciones.

Período de Beneficios—La forma en que el Plan Original de Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted es ingresado al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si usted entra en el hospital después de que se haya terminado un período de beneficios, empieza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por hospitalización para cada período de beneficios. No hay límite sobre el número de períodos de beneficios que usted puede tener.

Período Especial de Inscripción (SEP por sus siglas en inglés)—Un período de ocho meses en el que se puede inscribir en la Parte B de Medicare si no lo hizo cuando fue elegible por primera vez, debido a que usted o su cónyuge aun trabajaban y tenían cobertura de un plan de salud grupal de su empleador o sindicato. Usted puede inscribirse en la Parte B inmediatamente o cuando su empleo o seguro grupal termine. Comienza al mes siguiente que deje de trabajar o termine su cobertura de empleador o sindicato, lo que ocurra primero. Generalmente si se inscribe en la Parte B durante el SEP, no tendrá que pagar una penalidad.

En la Parte D, usted puede tener un SEP para inscribirse en un plan de Medicare que brinda cobertura de medicamentos recetados, o en ciertas situaciones, cambiar de plan por ejemplo, si se muda fuera del área de servicio del plan o si pierde su cobertura acreditable/válida de recetas médicas.

Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA por sus siglas en inglés)—Estos planes combinan un Plan Medicare Advantage de deducible alto con una cuenta de ahorros médicos para pagar por sus gastos de salud.

Plan de Medicare de recetas médicas (Parte D)—Un plan de medicamentos recetados ofrecido por aseguradoras y otras compañías privadas a los beneficiarios del Plan Original de Medicare, de un plan Privado de Pago-por-Servicio que no ofrezca esta cobertura, de un Plan de Costo de Medicare o de una plan de Cuenta de ahorros médicos de Medicare. Los Planes Medicare Advantage también pueden ofrecer esta cobertura y cumplir con las mismas normas que los planes de recetas médicas de Medicare.

Plan para Necesidades Especiales—Un tipo especial de Plan Medicare Advantage (Parte C) que brinda un cuidado centralizado para un grupo específico de personas como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid o los que viven en un asilo de ancianos o padecen de ciertos problemas médicos crónicos.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO por sus siglas en inglés)—Un tipo de Plan Medicare Advantage (Parte C) disponible local y regionalmente, en el que paga menos si usa médicos, proveedores y hospitales que pertenecen a la red del plan. También puede usar los servicios de médicos, proveedores u hospitales fuera de la red por un costo adicional.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B. Un Plan Medicare Advantage también llamado Parte C puede ser un HMO, PPO o un plan Privado de Pago-por-Servicio, o un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios son pagados por el plan en vez del Plan Original de Medicare.



Sección 12: Definición de las Palabras en Color Azul

Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS por sus siglas en inglés)

—Un Plan Medicare Advantage (Parte C) en el que puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago del plan. El plan, en vez del Programa Medicare, es el que decide cuánto pagará por los servicios brindados y cuánto le corresponde pagar a usted. Usted puede pagar más o menos por los beneficios cubiertos por Medicare. Puede que tenga beneficios adicionales que el Plan Original Medicare no cubre.

Plan Original de Medicare—El Plan Original de Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). Es un plan de pago-por-visita que le permite ir a cualquier médico, proveedor u hospital que acepte Medicare y que esté aceptando nuevos pacientes de Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte correspondiente de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Póliza Medigap—Una póliza de seguro suplementaria a Medicare ofrecida a la venta por compañías de seguros privadas para cubrir lo que no cubre el Plan Original de Medicare. Con excepción de Massachussets, Minnesota y Wisconsin, hay 12 planes estandarizados que llevan el nombre de la A–L. Las pólizas Medigap **sólo** funcionan con el Plan Original Medicare.

Prima—El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de servicios de salud por cobertura de salud.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por sus siglas en inglés)—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratis sobre los seguros de salud a personas con Medicare.

Punto de Servicio—Una opción de HMO que le permite usar médicos u hospitales fuera de la red del plan por un costo adicional.

Referido/derivación—El visto bueno por escrito de su médico de cabecera para que vea un especialista o reciba ciertos servicios. En muchos HMO, usted necesita una recomendación por escrito antes de poder conseguir cuidado de cualquier persona que no sea su médico de cabecera. Si no recibe una referencia de antemano, es posible que el plan no pague por su cuidado.

Servicios Preventivos—Servicios de salud para mantenerlo sano o prevenir enfermedades (por ejemplo, prueba Papanicolau, exámenes pélvicos, vacunas contra la gripe o mamografías).

Telemedicina—Servicios profesionales brindados al paciente a través de un sistema de telecomunicación interactiva (como computadora, teléfono o televisión) por un médico a distancia.

TTY—Teléfono de texto, es un dispositivo de comunicación para sordos, personas con impedimentos auditivos o aquellos con impedimentos graves del habla. Un TTY está formado por un teclado, una pantalla y un módem. Los mensajes pasan por la línea telefónica. Las personas que no tienen un TTY pueden comunicarse con un usuario TTY a través de un centro de mensajes (MRC). Este centro tiene operadores TTY disponibles para enviar e interpretar mensajes TTY.

Los Costos de Medicare en el 2006

101

Sección

13

Sus primas mensuales de Medicare en el 2006

Prima mensual de la Parte A (Seguro de hospital)

La mayoría de las personas no pagan por la Parte A, porque pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban.

Usted paga hasta \$393 mensuales si no recibe la **prima** de la Parte A libre de cargo.

Prima mensual de la Parte B (Seguro médico)

\$88.50* en el 2006. Para obtener las tarifas del 2007 basada en sus ingresos, visite www.medicare.gov por Internet, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) después del 1 de enero de 2007. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Prima mensual de la Parte C (Plan Medicare Advantage)

Las primas* de los planes actuales están disponibles en www.medicare.gov por Internet, o a través del plan. Usted también debe pagar la prima de la Parte B (y la de la Parte A si no obtiene esta cobertura libre de prima).

Prima mensual de la Parte D (Plan de recetas médicas de Medicare)

Las primas* de los planes actuales están disponibles en www.medicare.gov por Internet, o a través del plan. Usted también debe pagar las primas de las Partes A y B, o se agregará una cantidad por la cobertura de la Parte D a la prima de la Parte C.

*Podría aplicarse una **penalidad** por inscripción tardía.

Lo que usted paga por Medicare en el 2006

Parte A—Los costos por los servicios cubiertos

Sangre	Usted paga todos los costos de las tres primeras pintas de sangre que recibe mientras está internado, luego el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cada pinta de sangre adicional (a menos que usted u otra persona donen sangre para reponer la sangre usada).
Cuidado de salud en el hogar	Usted paga ■ \$0 por los servicios del cuidado de la salud en el hogar ■ El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero
Hospicio	Usted paga un copago de hasta \$5 por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y el 5% de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de relevo del paciente interno (cuidado a corto plazo para que el cuidador de costumbre pueda descansar).
Internación en el hospital	Usted paga ■ \$952 diarios de 1–60 días en cada período de beneficios ■ \$238 diarios de 61–90 días en cada período de beneficios ■ \$476 diarios de 91–150 días en cada período de beneficios ■ Todos los costos de cada día después de los 150 días (“Días de reserva vitalicios” son 60 días adicionales que puede usar sólo una vez en toda su vida. En el 2006, usted paga \$476 diarios durante estos 60 días de cobertura.)
Estadía en un centro de enfermería especializada	Usted paga ■ \$0 por los 20 primeros días por cada período de beneficios ■ \$119 diarios de 21–100 días en cada período de beneficios ■ Todos los costos diarios después de los 100 días

Nota: Estos servicios deben ser cubiertos por los **Planes Medicare Advantage**. Los Costos varían por plan, pero podrían ser más bajos los mencionados arriba.

Las primas para el 2007 no estaban disponibles a la hora de impresión. Para obtener las tarifas del 2007, visite www.medicare.gov por Internet, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) después del 1 de enero de 2007. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Lo que usted paga por Medicare en el 2006 (continuación)

Parte B – Los costos por los servicios cubiertos

Sangre	Usted paga todos los costos de las tres primeras pintas de sangre que recibe mientras está internado, luego el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por cada pinta de sangre adicional (a menos que usted u otra persona done sangre para reponer la sangre usada).
Servicios clínicos de laboratorio	Usted paga \$0 por los servicios aprobados por Medicare.
Deducible	Usted paga los primeros \$124 anuales por los servicios o suministros cubiertos por la Parte B.
Servicio de salud en el hogar	Usted paga \$0 por los servicios aprobados por Medicare. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero.
Servicios médicos y otros	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los servicios del médico, terapia ambulatoria*, la mayoría de los servicios preventivos y el equipo médico duradero.
Servicios de salud mental	Usted paga el 50% de los servicios ambulatorios de salud mental.
Otros servicios cubiertos	Usted paga un copago y coseguro .
Servicios ambulatorios del hospital	Usted paga un coseguro o copago que varía con cada servicio.

*Para el 2007 puede que se apliquen límites a la cobertura de las terapias física, ocupacional y del lenguaje/habla. Si fuese el caso, puede que estos límites tengan excepciones.

Nota: Estos servicios deben ser cubiertos por los **Planes Medicare Advantage**. Los Costos varían por plan, pero podrían ser más bajos los mencionados arriba.

Las primas para el 2007 no estaban disponibles a la hora de impresión. Para obtener las tarifas del 2007, visite www.medicare.gov por Internet, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) después del 1 de enero de 2007. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Los costos de la Parte C (Medicare Advantage**) por servicios y suministros cubiertos**

Encontrará cierta información sobre los costos de los Planes Medicare Advantage en su área están disponibles en www.medicare.gov por Internet, o a través del plan. Los Planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios y suministros de las Partes A y B. Para obtener las cantidades actuales, llame al plan.

Los costos de la Parte D (Plan de recetas médicas de Medicare**) por los medicamentos recetados cubiertos**

Encontrará cierta información sobre los costos de los planes de recetas médicas de Medicare en su área en www.medicare.gov por Internet, o a través del plan. Para obtener las cantidades actuales, llame al plan.

En el cuadro a continuación verá como se determina la **penalidad de la Parte D por inscripción tardía.**

Para más información sobre el estimado de la cantidad de su penalidad, ver página 48.

	2006	2007
Prima promedio nacional para la Parte D	\$32.20	\$27.35
1% cálculo de la penalidad	\$.32	\$.27

Las primas para el 2007 no estaban disponibles a la hora de impresión. Para obtener las tarifas del 2007, visite www.medicare.gov por Internet, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) después del 1 de enero de 2007. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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

[illegible]

Números Telefónicos Importantes

Nombre	Número de Teléfono
Su médico	
Su médico	
Su médico	
Su dentista	
Su farmacia	
Línea GRATIS de Asistencia y Ayuda de Medicare Para obtener respuestas sobre Medicare.	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Administración del Seguro Social Para respuestas sobre elegibilidad, inscripción en Medicare, beneficios de jubilación del Seguro Social o beneficios por incapacidad.	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE LOS ESTADOS UNIDOS**
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por Uso Privado, \$300

Publicación CMS No. 10050-S
Septiembre 2006

Medicare & You 2006 (sp)

Manual Nacional de Medicare

- **www.medicare.gov** en el sitio Web
- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**
- **TTY 1-877-486-2048**



Para obtener este manual en audiocasete (inglés y español), en Braille, en letra grande (inglés y español), llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227.) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Do you need a copy in English? Please call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227.)