

*Seguro
Social*

Medicare



Por qué usted debe leer este folleto

Tarde o temprano, casi todo el mundo será afectado por Medicare, el principal seguro de salud federal. Si usted paga impuestos, ya está afectado por Medicare porque una porción de sus impuestos se usa para financiar parte del programa de Medicare.

Aunque usted paga al programa de Medicare durante los años de trabajo, y probablemente contará con sus servicios en el futuro, es posible que no sepa de los beneficios que ofrece el programa--y los que no ofrece. La información básica en este folleto le dará una idea general del programa de Medicare

Sitio de Internet de Medicare

www.medicare.gov

Número de teléfono gratis de Medicare

1-800-633-4227

TTY: 1-877-486-2948

Sitio de Internet de Seguro Social

www.ssa.gov

Número de teléfono gratis

1-800-772-1213

TTY: 1-800-325-0778

Lo Que Hay Adentro

	<i>Página</i>
<i>Parte 1—¿Qué es Medicare?</i>	<i>4</i>
Medicare tiene dos partes	4
Una palabra sobre Medicaid	4
<hr/>	
<i>Parte 2—¿Quién es elegible a Medicare?</i>	<i>5</i>
Seguro de Hospital (Parte A)	5
Seguro Médico (Parte B)	7
<hr/>	
<i>Parte 3 —¿Cuánto cuesta Medicare?</i>	<i>7</i>
<hr/>	
<i>Parte 4—Ayuda para beneficiarios de Medicare con ingresos limitados</i>	<i>7</i>
<hr/>	
<i>Parte 5—Cómo inscribirse en Medicare</i>	<i>8</i>
¿Cuándo debo inscribirme en Medicare?	8
Período de inscripción inicial	9
Período de inscripción general	10
Una palabra sobre su tarjeta de Medicare	11
¿Qué pasa si todavía tengo protección bajo un plan de seguro de salud de mi patrono?	11
<hr/>	
<i>Parte 6—Lo que Medicare cubre</i>	<i>13</i>
Seguro de Hospital (Parte A)	13
Seguro Médico (Parte B)	15
<hr/>	
<i>Parte 7—Lo Que Medicare No Cubre</i>	<i>17</i>

<i>Parte 8—Opciones para recibir servicios de salud</i>	18
El Plan Original de Medicare	18
Seguro de Medigap	18
Planes de Salud Administrada de Medicare	19
Plan Privado de Pago por Servicio	20
Más información sobre otros planes	21
¿Cómo averiguo sobre los planes específicos que están disponibles en mi localidad?	21

<i>Parte 9—Si usted tiene otro seguro de salud</i>	22
Si tiene un plan de seguro privado	22
Si usted tiene un Plan de Salud Patronal	22
Si usted tiene protección de servicio de salud de otros planes	23

<i>Parte 10—Otras publicaciones de Seguro Social</i>	24
---	-----------

<i>Parte 11—¿Quiere más información?</i>	24
Visítenos en nuestro sitio de Internet	24
Llame a nuestro número gratis 800	25

Parte 1—¿Qué es Medicare?

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, ciertas personas con incapacidades que son menores de 65 años de edad y personas de todas las edades que tienen enfermedad renal en etapa final. Medicare provee protección básica del costo de cuidado de salud, pero no cubre todos los gastos médicos ni el costo de la mayoría de cuidado a largo plazo.

Medicare es financiado por una porción de los impuestos bajo la ley de Contribuciones de Seguro Federal (“FICA”, las siglas en inglés), o impuestos de nómina, pagados por trabajadores y sus patronos. También es financiado en parte por las primas mensuales pagadas por los beneficiarios.

La Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud es la agencia encargada del programa de Medicare. Pero nosotros--los empleados del Seguro Social--le ayudamos a usted a inscribirse en el programa y le damos información general.

Medicare tiene dos partes

Las dos partes de Medicare son:

- seguro de hospital (también se llama la Parte A de Medicare), que ayuda a pagar por estadias en el hospital, cuidado en un centro de enfermería especializada, servicios de cuidado de salud en el hogar y cuidado de hospicio; y
- seguro médico (también se llama la Parte B de Medicare), que ayuda a pagar los doctores, el cuidado del hospital de paciente externo y otros servicios médicos.

Una palabra sobre Medicaid

Quizás usted crea que Medicaid y Medicare son dos nombres del mismo programa. En realidad, son dos programas diferentes. Medicaid es un programa del estado, diseñado principalmente para ayudar a esas personas con ingresos y recursos limitados. El gobierno federal ayuda a pagar Medicaid, pero cada estado tiene sus propias reglas sobre quien es elegible y

lo que Medicaid cubre. Algunas personas son elegibles a Medicare y Medicaid. Para información sobre el programa de Medicaid, comuníquese con su agencia local de asistencia médica o su oficina de servicios sociales o bienestar público.

Parte 2—¿Quién es elegible a Medicare?

Seguro de Hospital (Parte A)

Si usted tiene 65 años de edad o más

La mayoría de las personas que tienen 65 años o más que son ciudadanos o extranjeros legalmente admitidos a los Estados Unidos son elegibles a la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) gratis debido a su propio trabajo o el de su cónyuge. Usted es elegible si:

- recibe o es elegible a recibir beneficios de Seguro Social basado en su propio trabajo o el trabajo de otra persona como cónyuge, cónyuge divorciado, viudo(a), viudo(a) divorciado(a) o madre/padre; o
- recibe o es elegible a recibir beneficios de jubilación ferroviario; o
- usted o su cónyuge (vivo o fallecido, incluyendo cónyuges divorciados) trabajaron lo suficiente en un trabajo del gobierno donde se pagaron los impuestos de Medicare.

Si usted no cumple con estos requisitos, todavía puede recibir el seguro de hospital de Medicare pagando una prima mensual si usted es ciudadano o un extranjero legalmente admitido que ha vivido en los Estados Unidos por lo menos por cinco años.

Si usted es menor de 65 años de edad

Antes de la edad de 65, usted es elegible al seguro de hospital de Medicare sin pagar una prima si:

- lleva 24 meses recibiendo beneficios de Seguro Social por incapacidad. Esto incluye viudo(a)s e hijo(a)s que reciben beneficios por incapacidad; o

- recibe una anualidad por incapacidad de la Junta de Jubilación Ferroviario y cumple ciertos otros requisitos; o
- su padre/madre o su cónyuge (vivo o fallecido, incluyendo un cónyuge divorciado) han trabajado suficiente tiempo en un trabajo del gobierno donde se pagaban los impuestos de Seguro Social y usted reúne los requisitos del programa de Seguro Social por incapacidad.

Si usted tiene enfermedad renal en etapa final

Si usted tiene una enfermedad renal en etapa final, es elegible al seguro de hospital de Medicare a cualquier edad. Esto es cierto si usted recibe diálisis de mantenimiento o un trasplante de riñón y:

- recibe o es elegible a recibir beneficios mensuales de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario; o
- usted ha trabajado suficiente tiempo en un trabajo del gobierno cubierto por Medicare; o
- usted es el hijo o cónyuge (incluyendo un cónyuge divorciado) de un trabajador (vivo o fallecido) que ha trabajado suficiente tiempo bajo el Seguro Social o en un trabajo del gobierno donde se pagaban impuestos de Medicare.

Protección extendida de Medicare para beneficiarios incapacitados que trabajan

La Ley de Boleto a Trabajar y Mejoría de Incentivos a Trabajar de 1999 extiende la protección de Medicare a los beneficiarios incapacitados que trabajan. Efectivo el primero de octubre de 2000, la ley nueva extiende la Parte A gratis por cuatro y medio años después del límite actual de 39 meses para beneficiarios incapacitados de Seguro Social que trabajan. Para más información, visite nuestro sitio en el Internet www.ssa.gov/work o llame al número de teléfono gratis de Seguro Social, **1-800-772-1213**, y pida la hoja de información, *Boleto A Trabajar y Mejoría de Incentivos de Trabajo de 1999* (Publicación No. 05-10060).

Seguro Médico (Parte B)

Todas las personas que son elegibles al Seguro de Hospital (Parte A) gratis pueden inscribirse en el Seguro Médico (Parte B) de Medicare pagando una prima mensual.

Si usted no es elegible al seguro de hospital gratis, puede comprar el Seguro Médico sin tener que comprar el Seguro de Hospital si usted tiene 65 años o más y es ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero legalmente admitido que ha vivido en los Estados Unidos por lo menos por cinco años. Las primas del seguro médico cuestan mucho menos que las primas del seguro de hospital.

Parte 3 —¿Cuánto cuesta Medicare?

Además de las primas mensuales que usted paga, hay otros gastos “del bolsillo” de Medicare. Estas son las cantidades que paga cuando recibe servicios médicos y se conocen como “deducibles” y “coseguros”.

Por ejemplo, si usted está hospitalizado, se le requiere pagar una cantidad deducible y posiblemente unas cantidades de coseguro, dependiendo del tiempo que dura la estadía. Si usted recibe servicios médicos de un doctor, paga una cantidad anual deducible así como una cantidad de coseguro por cada visita. (Vea la Parte 6 para información más detallada sobre estos costos.)

Las primas mensuales, deducibles y coseguros de Medicare cambian todos los años. Usted puede averiguar la cantidad corriente de estos cargos de Medicare comunicándose con su oficina local o llamando al número de teléfono gratis de Seguro Social.

Parte 4—Ayuda para beneficiarios de Medicare con ingresos limitados

Si usted no puede pagar sus primas y otros gastos de Medicare, posiblemente pueda recibir ayuda de su Estado. Puede ser que califique para un programa de asistencia de Medicare como un “Beneficiario Calificado de Medicare” (QMB, las siglas en inglés), “Beneficiario Especificado

Medicare de Bajos Ingresos” (SLMB, las siglas en inglés) o “Individuo Calificado” (QI, las siglas en inglés). Estos programas no existen en Puerto Rico.

Estos programas son para ciertas personas con Medicare que tienen ingresos y recursos limitados. Los programas pueden pagar algunas o todas las primas de Medicare y posiblemente los deducibles y coseguros. Para calificar, usted debe tener el seguro de hospital (la Parte A) de Medicare, ingresos limitados y recursos que no pasan de \$4,000 para un individuo o \$6,000 para una pareja. Los recursos son cosas como cuentas de banco, bonos, acciones, etcétera.

Si usted no está seguro si tiene la Parte A, debe fijarse en su tarjeta rojo, blanco y azul de Medicare. La misma debe mostrar “Part A Hospital Insurance” en la parte inferior izquierda de la tarjeta. O, puede llamar al Seguro Social.

Usted puede obtener información más detallada sobre estos programas de la publicación, *Ahorros de Medicare para Beneficiarios Calificados* (HCFA Publicación No. 10954). Para obtener una copia, llame al número gratis de Medicare o visite www.medicare.gov en el Internet y busque bajo “Publications”.

Solamente su Estado puede decidir si usted es elegible para ayuda bajo uno de estos programas. Para verificar si usted tiene derecho, llame a su oficina estatal o local de asistencia médica (Medicaid), servicios sociales o bienestar pública o al número de teléfono gratis de Medicare.

Parte 5—Cómo inscribirse en Medicare

¿Cuándo debo inscribirme en Medicare?

Si usted ya recibe beneficios de Seguro Social por jubilación o incapacidad o beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, se le notificará unos meses antes de que sea elegible a Medicare y se le dará la información que necesite. Se le inscribirá automáticamente en las Partes A y B de Medicare. Sin embargo, debido a que usted debe pagar una prima para la Parte B, tiene la opción de negarla.

Si todavía no recibe beneficios de jubilación, debe comunicarse con el Seguro Social unos tres meses antes de cumplir los 65 años para inscribirse en Medicare. Usted puede inscribirse en Medicare aunque no piensa jubilarse a la edad de 65.

También debe comunicarse con el Seguro Social sobre solicitar los beneficios de Medicare si:

- usted es un(a) viudo(a) incapacitado(a) entre las edades de 50 y 65 pero no ha solicitado beneficios de incapacidad porque recibe otra clase de beneficio de Seguro Social;
- usted es un empleado del gobierno que se incapacitó antes de los 65 años de edad;
- usted, su cónyuge o su hijo dependiente tiene enfermedad renal en etapa final;
- usted tuvo seguro médico de Medicare (la Parte B) pero se dio de baja; o
- usted negó el seguro médico de Medicare (la Parte B) cuando primero fue elegible al seguro de hospital (la Parte A) de Medicare.

Período de inscripción inicial

Cuando usted primero es elegible al seguro de hospital (la Parte A) tiene un período de siete meses para inscribirse en el seguro médico (la Parte B). Esto se llama su “período de inscripción inicial”. Si usted es elegible a los 65 años, su período inicial de inscripción empieza tres meses antes de su cumpleaños de 65 y termina tres meses después de su cumpleaños. Si usted es elegible a Medicare a base de una incapacidad o una enfermedad renal en etapa final, su período de inscripción inicial depende de la fecha que empezó su incapacidad o tratamiento.

Si usted ya recibe beneficios por jubilación o incapacidad, se le inscribirá automáticamente en la Parte B cuando usted sea elegible a la Parte A. Sin embargo, debido a que tiene que pagar una prima por la Parte B, tiene la opción de pagar la prima o negar la protección.

¿Cuándo entra en vigor mi protección de la Parte B?

Si usted acepta la inscripción automática en la Parte B de Medicare, o si se inscribe en la Parte B de Medicare durante los primeros tres meses de su período de inscripción inicial, su protección de seguro médico empezará de uno a tres meses después que usted se inscriba.

La tabla siguiente muestra cuando la Parte B de Medicare entra en vigor:

Si usted se inscribe en este mes durante su período de inscripción inicial	Entonces su protección de la Parte B de Medicare entra en vigor en:
1	el mes en que fue elegible a Medicare
2	el mes en que fue elegible a Medicare
3	el mes en que fue elegible a Medicare
4	un mes después de que se inscribió
5	dos meses después de que se inscribió
6	tres meses después de que se inscribió
7	tres meses después de que se inscribió

Período de inscripción general

Si usted no se inscribe en la Parte B de Medicare durante su período de inscripción inicial, tiene otra oportunidad de inscribirse todos los años durante un período de inscripción general del primero de enero al 31 de marzo. Su protección empieza el siguiente julio. Sin embargo, su prima mensual aumenta un 10 por ciento por cada período de 12 meses que era elegible pero no se inscribió.

Una palabra sobre su tarjeta de Medicare

Una vez que usted esté inscrito en Medicare, recibirá una tarjeta de Medicare azul, roja y blanca mostrando si tiene la Parte A, la Parte B o ambos. Mantenga su tarjeta en un lugar seguro para que la tenga cuando la necesite. Si su tarjeta se pierde o es robada, usted puede solicitar un reemplazo en el Internet en www.ssa.gov o puede llamar a nuestro número de teléfono gratis.

¿Qué pasa si todavía tengo protección bajo un plan de seguro de salud de mi patrono?

Si usted tiene 65 años o más y tiene protección bajo un plan de salud de grupo por el trabajo actual de usted o su cónyuge, tiene un período de inscripción especial en el que puede inscribirse en la Parte B de Medicare. Esto significa que usted puede demorar la inscripción en la Parte B sin tener que esperar al período de inscripción general o pagar el recargo de 10 por ciento por inscripción tardía. Las reglas le permiten:

- inscribirse en la Parte B de Medicare en cualquier momento mientras está protegido por el plan de salud patronal; o
- inscribirse en la Parte B de Medicare durante el período de ocho meses que empieza con el mes en que termina la protección de salud patronal, o el mes en que termina el empleo—lo que ocurra primero.

Si usted se inscribe en la Parte B mientras está protegido por un plan de salud del patrono o durante el primer mes completo en que no está protegido por ese plan, tiene la opción de tener su protección empezar el primer día del mes que usted se inscribe o demorar la protección hasta el primer día de cualquier de los siguientes tres meses.

Si usted se inscribe durante cualquier de los siete meses que quedan del período de inscripción inicial, su protección empezará durante el mes después que usted inscriba.

Las reglas del período de inscripción especial no aplican si el empleo o la protección del plan de salud patronal terminan durante su período de inscripción inicial.

Si usted no se inscribe durante el período de ocho meses, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción general, que empieza el primero de enero del próximo año.

Las personas que reciben beneficios de Seguro Social por incapacidad y tienen la protección de un plan de salud patronal suyo o de su cónyuge también tienen un período de inscripción y derechos de primas que son similares a los que tienen los trabajadores de 65 años de edad o más.

El Período de Inscripción Especial y Medigap

Cuando usted hace su decisión sobre el momento apropiado para inscribirse en la Parte B, debe considerar cómo esta decisión afectará su elegibilidad a otras pólizas de seguro de salud que posiblemente quiera comprar para añadir a su protección de Medicare. Tales pólizas suplementarias se conocen como seguro de “Medigap”. (Vea la página 18 para una explicación completa del seguro de Medigap.)

Cuando usted se inscriba en la Parte B de Medicare en o después de la edad de 65, se pone activo un período de inscripción abierta de una sola vez de Medigap. Si se inscribe en la Parte B mientras esta protegido por un plan de salud del patrono, puede ser que no necesite una póliza de Medigap. Su patrono será el pagador primario, y su Parte B de Medicare será su pagador secundario. Más tarde, sin embargo, cuando usted ya no tenga su plan de salud del patrono, puede ser que necesite una póliza de Medigap, pero posiblemente no pueda comprarla porque se habrá caducado su período de inscripción abierta de Medigap.

Por otra parte, si usted demora su inscripción en la Parte B hasta que su plan de salud del patrono esté a punto de terminar, podrá usar su período de inscripción abierta a su mayor provecho. Durante la inscripción abierta, usted puede comprar cualquier plan de Medigap de cualquier compañía al precio más favorable para personas de su edad. Usted puede comprar pólizas que cubren medicinas recetas para pacientes externos, que normalmente no están disponibles fuera del período de inscripción abierta a menos que usted esté saludable.

Parte 6—Lo que Medicare cubre

Las dos partes de Medicare están diseñadas para ayudar a pagar las clases diferentes de costos de cuidado de salud. Algunas clases de cuidado de salud no están cubiertas por Medicare.

Seguro de Hospital (Parte A)

El seguro de hospital de Medicare puede ayudar a pagar el cuidado de un paciente interno en un hospital, o en una institución de enfermería especializada después de un período de hospitalización, el cuidado de salud en el hogar y el cuidado de hospicio. Excepto por el cuidado de salud en el hogar, cada uno está sujeto a un período de beneficios, que mide su uso de servicios cubiertos por la Parte A de Medicare.

Un período de beneficios empieza el día que usted entra en el hospital. Termina cuando ha estado fuera del hospital u otra institución que principalmente provee cuidado especializado por 60 días consecutivos. Si usted permanece en la institución (que no sea el hospital), un período de beneficios termina cuando no ha recibido cuidado especializado allí por 60 días consecutivos. No hay límite al número de períodos de beneficios para cuidado en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Pero se aplican límites especiales al cuidado de hospicio. (Vea Cuidado de Hospicio, en la página 15.)

Cuidado de paciente interno en el hospital

Si usted necesita cuidado de paciente interno, el seguro de hospital ayuda a pagar hasta 90 días de en cualquier hospital participante de Medicare durante cada período de beneficios. El seguro de hospital paga todos los servicios cubiertos durante los primeros 60 días, **excepto una cantidad deducible** que usted debe pagar. Durante los días 61 a 90, el seguro de hospital paga todos los servicios cubiertos **excepto una cantidad de coseguro diario** que usted debe pagar.

Si usted está fuera del hospital durante por lo menos 60 días consecutivos, y entonces ingresa de nuevo, un nuevo período de beneficios empieza—sus 90 días de protección empieza de nuevo y usted paga otro deducible.

¿Qué pasa si usted necesita más de 90 días de cuidado a paciente interno durante cualquier período de beneficios? Usted puede usar parte o todos sus días de reserva. Los días de reserva son unos 60 días adicionales de hospital que puede usar si su enfermedad le obliga a quedarse en el hospital por más de 90 días. Usted tiene **solamente** 60 días de reserva en su vida, y usted decide cuándo los desea usar. Por cada día de reserva que use, el seguro de hospital paga todos los servicios cubiertos **excepto una cantidad diaria de coseguro**.

Cuidado en una institución de enfermería especializada

Si usted necesita servicios de enfermería especializada o rehabilitación después de estar hospitalizado y reúne ciertos otros requisitos, el seguro de hospital ayuda a pagar hasta 100 días en un centro de enfermería especializada participante de Medicare en cada período de beneficios.

El seguro de hospital paga todos los servicios cubiertos durante los primeros 20 días. Durante los próximos 80 días, paga todos los servicios cubiertos **excepto una cantidad de coseguro diario**.

Nota: Es importante saber que Medicare **no** paga “cuidado de custodia” cuando es el único tipo de cuidado que usted necesita. El cuidado de custodia es el tipo de cuidado que muchas personas reciben en las instituciones de cuidado de ancianos. Es cuidado que **podría** dar una persona que no está médicamente adiestrada (por ejemplo, cuidado para vestirse, caminar o comer).

Cuidado de salud en el hogar

Si sus problemas de salud le obliga a quedarse en su casa y reúnen otras condiciones, Medicare puede pagar el costo completo aprobado de visitas de salud en el hogar de una agencia de salud en el hogar participante de Medicare. No hay límite al número de visitas cubiertas que puede tener.

Si usted necesita uno o más de los servicios que paga Medicare, el seguro de hospital también cubre servicios a tiempo parcial o intermitentes de asistentes de salud en el hogar, terapia ocupacional, terapia física, servicios sociales médicos y suministros y equipos médicos. Un pago de coseguro de 20 por ciento aplica a equipos médicos duraderos cubiertos, como sillas de ruedas y camas de hospital.

Cuidado de hospicio

El programa de cuidado de hospicio provee alivio al dolor y otros servicios de apoyo a personas con enfermedades terminales. El de seguro de hospital de Medicare puede ayudar a pagar el cuidado de hospicio para beneficiarios con enfermedades terminales si el cuidado es provisto por un hospicio certificado por Medicare y se reúnen ciertas otras condiciones.

Usted puede recibir cuidado de hospicio siempre y cuando su médico certifique que usted tenga una enfermedad terminal y probablemente le quedan menos de seis meses de vida. Aunque usted viva más de seis meses, puede recibir cuidado de hospicio siempre y cuando su médico certifique de nuevo que usted tenga una enfermedad terminal.

El cuidado de hospicio se da en períodos de cuidado. Como paciente de hospicio, usted puede obtener cuidado de hospicio durante dos períodos de 90 días seguido por un número sin límite de períodos de 60 días. Al principio de cada período de cuidado, su médico debe certificar que usted tiene una enfermedad terminal para que siga recibiendo cuidado de hospicio. El período de cuidado empieza el día que empieza a recibir cuidado de hospicio. Termina a cabo de su período de 90 o 60 días. Si su médico certifica de nuevo que usted tiene una enfermedad terminal, el servicio continua durante otro período de cuidado.

Seguro Médico (Parte B)

El Seguro Médico de Medicare ayuda a pagar los servicios de doctores y muchos otros servicios médicos y suministros no cubiertos por la parte de seguro de hospital de Medicare. Cada año, usted debe pagar una cantidad anual deducible de seguro médico antes de que Medicare empiece a pagar. Después de que usted haya pagado el deducible, Medicare generalmente paga

un 80 por ciento de los cargos aprobados por servicios cubiertos durante el resto del año. Usted es responsable de pagar el 20 por ciento del costo que queda. Esto se llama “coseguro”.

El Seguro Médico (la Parte B) de Medicare cubre:

- cuidado médico a paciente interno;
- cuidado de hospital a paciente externo;
- suministros médicos a pacientes internos y externos;
- servicios de ambulancia;
- rayos x;
- pruebas de laboratorio;
- equipos médicos duraderos como sillas de rueda y camas ortopédicas;
- servicios de ciertos profesionales especialmente calificados que no son médicos;
- terapia física y ocupacional;
- terapia del habla;
- hospitalización parcial para atención médica psiquiátrica;
- atención en el hogar si no tiene la Parte A;
- sangre;
- exámenes anuales de mamografía
- citología Pap;
- exámenes pélvicos y exámenes clínicos de los senos;
- monitoreo de diabetes;
- examen para el cáncer colorectal;
- medición de masa ósea;
- vacunas contra la influenza (gripe) y pulmonía; y
- cuidado a largo plazo.

Parte 7—Lo Que Medicare No Cubre

Medicare provee protección básica de servicios de salud, pero no paga todos sus gastos médicos. Aquí hay unos ejemplos de lo que Medicare **no** paga:

- cuidado de custodia;
Esto es cuidado que **podría** dar razonablemente y con seguridad una persona sin conocimiento de medicina y que se da mayormente para ayudar al paciente en la vida diaria como, por ejemplo, ayuda para caminar, bañarse y vestirse. Aunque usted esté en un hospital participante o una institución de enfermería especializada, o reciba servicio de una agencia participante de salud en el hogar, Medicare **no** cubre el costo del cuidado que es principalmente de custodia.
- la mayoría de los servicios en una institución de cuidado de ancianos (“nursing home”);
- cuidado dental y dentaduras;
- exámenes físicos rutinarios de salud y pruebas relacionadas con estos;
- exámenes (excepto que se cubren unas pruebas, los exámenes Papanicolau y mamografías);
- la mayoría de las vacunas (algunas vacunas de pulmonía e influenza están cubiertas);
- la mayoría de las medicinas recetadas;
- cuidado rutinario de los pies;
- exámenes de los ojos u oídos y el costo de lentes o aparatos para la audición;
- artículos de comodidad personal como teléfono o televisión en su cuarto; y
- servicios fuera de los Estados Unidos.

Usted puede obtener información más detallada sobre lo que cubren las Partes A y B de Medicare de la publicación, *Sus Beneficios de Medicare*. Para obtener una copia, llame al número de teléfono gratis de Medicare o visite www.medicare.gov en el Internet y busque bajo “Publications”.

Parte 8—Opciones para recibir servicios de salud

Los beneficiarios de Medicare pueden tener alternativas para recibir servicios de cuidado de salud. Lo que usted escoja es una decisión personal basada en sus necesidades particulares de salud. Sin embargo, usted debe considerar todas las opciones cuidadosamente y decidir lo que es mejor para usted. Una decisión basada en información clara y consideraciones cuidadosas pueden ahorrarle mucho dinero e inconveniencia.

El Plan Original de Medicare

Con el Plan Original de Medicare, usted puede visitar al médico, hospital o proveedor de servicios de salud que acepta pacientes de Medicare que usted elija. Medicare paga un porcentaje fijo de los gastos, y usted es responsable de pagar el deducible y el coseguro, la porción de la cuenta que Medicare no paga.

Seguro de Medigap

Medicare provee protección básica de cuidado de salud, pero no puede pagar todos sus gastos médicos. Por esta razón, muchas compañías privadas de seguro venden un seguro que cubre lo que Medicare no cubre. Este tipo de seguro se llama “Medigap”. Hay 10 pólizas estandarizadas de Medigap, y cada uno ofrece una combinación diferente de beneficios.

Las pólizas de Medigap pagan la mayoría, y a veces todas, de las cantidades de coseguro de Medicare y pueden cubrir los deducibles también. Unas de las 10 pólizas estandarizadas pagan los servicios no cubiertos por Medicare, tal como medicinas recetadas para pacientes externos y exámenes preventivas.

Quizás usted desee considerar una póliza de “Medicare SELECT”, que es una póliza de Medigap en que usted está obligado a usar ciertos hospitales y médicos. Las pólizas SELECT generalmente tienen primas menos costosas que otras pólizas de Medigap.

Cuando usted se inscribe por primera vez en Medicare a la edad de 65 o más, tiene un período de inscripción abierta de “Medigap” de seis meses. Durante ese tiempo, usted tiene el derecho de comprar la póliza de Medigap de su elección sin importar los problemas de salud que pueda tener. La compañía no puede negarle una póliza ni cobrarle más de lo que cobra a otros solicitantes que están en el período abierto.

Usted puede obtener información más detallada sobre las pólizas de Medigap de la publicación, *Guía sobre los Seguros de Salud para Personas con Medicare*. Para obtener una copia, llame al número de teléfono gratis de Medicare o visite www.medicare.gov en el Internet y busque bajo “Publications”.

Planes de Salud Administrada de Medicare

Otra opción disponible que le puede ahorrar dinero y proveer beneficios adicionales es hacerse miembro de un plan de salud administrada. Los más comunes son las organizaciones que se conocen en inglés como los “HMO” (organizaciones de mantenimiento de salud).

Estos planes tienen contratos con el programa de Medicare y deben proveer todos los beneficios médicos y de hospital cubiertos por Medicare. Sin embargo, normalmente usted debe obtener servicios de la red de proveedores de servicios de salud de su plan de salud administrada (doctores, hospitales, e instituciones de enfermería especializada, por ejemplo). En la mayoría de los casos, ni el plan de salud administrada ni Medicare pagará los servicios no autorizados por su plan de salud administrada (excepto los servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente mientras usted está fuera del área de servicio del plan de salud administrada).

Cada plan de salud administrada que tiene un contrato con Medicare recibe un pago cada mes por los servicios que provee. Como miembro del plan de salud administrada de Medicare, usted tendrá que inscribirse en la Parte B de Medicare y también tendrá que continuar pagando su prima mensual de la Parte B.

Muchos planes de salud administrada que tienen contratos con Medicare también proveen beneficios adicionales a los que paga Medicare. Estos incluyen cuidado preventivo de Medicare, medicinas recetadas, cuidado dental, aparatos para la audición y lentes. Los beneficios pueden variar según el plan de salud administrada, y usted tendrá que leer con cuidado las descripciones individuales para determinar cuáles beneficios ofrece cada uno.

Plan Privado de Pago por Servicio

En algunas localidades, el plan privado de pago por servicio es una alternativa nueva. Este es un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía de seguro privado. No es igual al Plan de Medicare Original que ofrece el gobierno federal. En un plan privado de pago por servicio, Medicare paga una cantidad fija de dinero todos los meses a la compañía privada. La compañía privada provee protección de cuidado de salud a las personas con Medicare de acuerdo con un arreglo de pago por visita. La compañía de seguro, en vez del programa de Medicare decide la cantidad que paga el paciente. Para más información sobre estos planes, llame al número de teléfono gratis de Medicare y pida la publicación *“Su Guía Para Los Planes Privados de Pago por Servicio”*, o visite www.medicare.gov en el Internet y busque “Publications”.

Más información sobre otros planes

Usted puede obtener más información sobre otras opciones de planes de salud de las siguientes publicaciones:

- *Medicare Y Usted*—Esta guía general se envía a cada hogar donde hay un beneficiario de Medicare cada año en otoño y a los beneficiarios nuevos de Medicare cuando llegan a ser elegibles. La publicación da una descripción de los beneficios, los costos y las opciones de servicios de salud disponibles.
- *Guía Sobre los Seguros de Salud para Personas con Medicare*—Una guía que explica cómo los otros planes de salud se relacionan con Medicare y unas sugerencias para personas que están considerando inscribirse en estos planes.
- *Entendiendo Sus Opciones Con Medicare*—Un resumen de sus opciones de servicios de salud y lo que ofrece cada uno.

Para obtener una copia de cualquiera de estas publicaciones, llame al número de teléfono gratis de Medicare o visite a www.medicare.gov en el Internet y busque “Publications”.

¿Cómo averiguo sobre los planes específicos que están disponibles en mi localidad?

Usted puede obtener los nombres de los planes en su área llamando al número de teléfono gratis de Medicare para pedir una lista gratis al día de todos los planes ofrecidos donde usted vive. O, usted puede ver www.medicare.gov en el Internet bajo “Medicare Compare”.

Si usted necesita hablar con alguien sobre cuál de los planes le convenga, puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre los Seguros de Salud y un consejero voluntario le ayudará. Usted puede obtener el número de teléfono del programa de su Estado llamando al teléfono gratis de Medicare.

Parte 9—Si usted tiene otro seguro de salud

El Seguro de Hospital de Medicare es gratis para casi todo el mundo, pero usted debe pagar una prima mensual para el Seguro Médico. Si usted ya tiene otro seguro de salud cuando usted se hace elegible a Medicare, ¿vale la pena inscribirse en el Seguro Médico de Medicare y pagar la prima mensual?

La respuesta varía con el individuo y con la clase del otro seguro de salud. Aunque no podemos darle unas respuestas definitivas, podemos ofrecerle unas sugerencias que pueden ayudarle cuando haga la decisión.

Si tiene un plan de seguro privado

Comuníquese con su agente de seguros para determinar cómo su plan privado se integra al seguro médico de Medicare. Esto es especialmente importante si hay miembros de su familia cubiertos bajo la misma póliza. Y acuérdesse, de la misma manera que Medicare no cubre todos los servicios de salud, la mayoría de los planes privados tampoco los cubren. Al planificar su protección de seguro de salud, recuerde que la mayor parte del cuidado en una institución de cuidado de ancianos ("nursing home") no está cubierto por Medicare ni por ninguna póliza privada de seguro de salud. Una advertencia importante: Para su propia protección, **no cancele el seguro de salud que tiene ahora hasta que en verdad empiece la protección de Medicare.**

Si usted tiene un Plan de Salud Patronal

Se requiere por ley que los planes de salud de los patronos con 20 empleados o más ofrezcan a los empleados de 65 años (o más) los mismos beneficios de salud que se proveen a los empleados más jóvenes. También deben ofrecer a los cónyuges de 65 años (o más) de trabajadores de cualquier edad los mismos beneficios de salud que se dan a los cónyuges más jóvenes.

Si tiene 65 años o más y actualmente tiene empleo o si tiene 65 años o más y es cónyuge de una persona que actualmente está empleada y acepta el plan de seguro de salud patronal, Medicare será el “pagador secundario”. Esto quiere decir que el plan del patrono paga primero sus cuentas médicas y del hospital. Si el plan del patrono no paga todos sus gastos, puede ser que Medicare pague los beneficios secundarios.

Si rechaza el plan de salud del patrono, Medicare será el pagador primario de seguro de salud. **No** se le permite al patrono ofrecerle protección suplemental de Medicare si usted rechaza su plan de salud.

Si usted tiene menos de 65 años, está incapacitado y está actualmente empleado o es familiar de una persona empleada y usted tiene protección de salud bajo un “plan de salud de grupo grande”, Medicare será el pagador secundario. Un plan de salud de grupo grande es uno que cubre empleados de un patrono o un grupo de patronos en el cual, por lo menos un patrono tiene 100 empleados o más.

Si tiene derecho a Medicare debido a una insuficiencia renal permanente y tiene un plan de salud de grupo del patrono, Medicare será el pagador secundario por los primeros 30 meses de su elegibilidad o derecho a la Parte A de Medicare. Al final del período de 30 meses, Medicare llega a ser su pagador primario.

Si usted tiene protección de servicio de salud de otros planes

Si tiene protección bajo un programa del Departamento de Defensa, sus beneficios de salud pueden cambiar o terminar cuando usted llegue a ser elegible para Medicare. Debe comunicarse con el Departamento de Defensa o con un consejero de beneficios de salud militar para información antes de decidir si debe inscribirse en el seguro médico de Medicare.

Si tiene protección de cuidado de salud del Servicio De Salud Indio, del Departamento de Asuntos de Veteranos (DVA) o de un programa de ayuda médica de un Estado, debe comunicarse con el personal de esas oficinas para que le ayuden a decidir si es ventajoso para usted tener el seguro médico de Medicare.

Parte 10—Otras publicaciones de Seguro Social

- *Cambios en 2000* (Publicación No. 05-10933)—Una lista de las cantidades de primas de Medicare, deducibles, pagos de coseguros y otras cantidades que cambian cada año.
- *Comprendiendo los Beneficios* (Publicación No. 05-10924) Una explicación general de todos los programas de Seguro Social.
- *Jubilación* (Publicación No. 05-10935)—Una guía de los beneficios de Seguro Social por jubilación.
- *Incapacidad* (Publicación No. 05-10935)—Una guía de los beneficios de Seguro Social por incapacidad.
- *Sobrevivientes* (Publicación No. 05-10984)—Una guía de los beneficios de Seguro Social para sobrevivientes.
- *SSI* (Publicación No. 05-10926)—Una guía del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario.

Parte 11—¿Quiere más información?

Visítenos en nuestro sitio de Internet

Si usted tiene una computadora, examine nuestro sitio de Internet, Seguro Social En Línea (en inglés: Social Security Online), en el www.ssa.gov/espanol para una variedad de información y servicios, incluyendo:

- publicaciones que puede copiar sobre todos los aspectos de los programas de Seguro Social;
- formularios que usted puede usar para solicitar varios servicios, como una *Declaración de Seguro Social*, y una tarjeta nueva o de reemplazo de Seguro Social.

Si no tiene una computadora personal, muchas bibliotecas, y otras organizaciones no lucrativas proveen acceso a estos servicios del Internet para el público. Llame a su biblioteca local para más información.

Llame a nuestro número gratis 800

Usted puede conseguir información grabada 24 horas al día, incluyendo los fines de semana y días feriados, llamando al número gratis de Seguro Social, **1-800-772-1213**. Usted puede hablar con un representante de servicio entre las 7 a.m. y 7 p.m. de lunes a viernes. Nuestras líneas están más ocupadas al principio de la semana y del mes, así que si su asunto puede esperar, es mejor que nos llame en otra ocasión. Tenga su número de Seguro Social disponible cuando nos llame.

Las personas sordas o con problemas auditivos pueden llamar a nuestro número gratis de TTY, 1-800-325-0778, entre las 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes.

El Seguro Social provee servicios de intérpretes gratis si los solicita para tratar sus asuntos. Usted debe llamar primero para asegurarse de que el intérprete esté disponible para ayudarlo.

Nosotros tratamos las llamadas confidencialmente—ya sean a nuestros números gratis o a una de nuestras oficinas locales. También queremos asegurarles que reciba un servicio correcto y cortés. Por eso tenemos un segundo representante de Seguro Social escuchando algunas de las llamadas telefónicas.



Social Security Administration
SSA Publication No. 05-10943
(Medicare)

September 2000 (*Destroy prior editions*)
ICN 485500
Unit of Issue: HD (one hundred)



Impreso en papel reciclado

