



Medicare y Usted 2005

El manual oficial del gobierno con información importante sobre:

- ★ Los nuevos cambios a Medicare.
- ★ Sus beneficios Medicare.
- ★ Elección del plan de salud más conveniente para usted.
- ★ Sus derechos de privacidad.

Medicare está disponible las 24 horas al día, los siete días de la semana.

- ★ Visite www.medicare.gov por Internet.
- ★ Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)



Información Importante Antes de Consultar este Manual

Si es una persona de ingresos y recursos limitados:

Consulte las páginas 9–11 para averiguar si puede obtener el crédito de \$600 en el 2004 y otros \$600 para el 2005, para ayudarle a pagar por sus recetas médicas. Para más información importante, vea la página 15.

Si tiene seguro médico por medio de su sindicato o empleador:

Llame a su empleador o sindicato antes de hacer cualquier cambio a su cobertura. Puede que le ofrezcan planes distintos (que podrían funcionar con sus beneficios de Medicare) a los descritos en este manual. Vea las páginas 23–24, 62 y 73 para información importante.

Si usted es un retirado ferroviario:

Llame a la oficina local de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB, por sus siglas en inglés) si tiene preguntas relacionadas con Medicare. Puede obtener el número telefónico de su oficina local llamando al 1-800-808-0772. Para más información sobre Medicare para beneficiarios de la Junta Ferroviaria de Retiro visite www.rrb.gov en Internet.

Si necesita ayuda para pagar los gastos del cuidado de su salud:

Vea las páginas 78 y 79 para información sobre programas estatales que podrían ayudarle a pagar sus primas, coseguro o deducibles de Medicare.

Si cambia su domicilio:

Llame a la Administración del Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés) al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si usted recibe beneficios de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB por sus siglas en inglés), llame a la oficina local de la RRB o al 1-800-808-0772.

Si ha recibido más de una copia del manual Medicare y Usted 2005:

Llame al representante de servicio al cliente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si en su hogar reciben más de una copia, pero desearían compartir una sola copia en el futuro. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame tenga a la mano la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. La mayoría de los hogares con hasta cuatro beneficiarios de Medicare recibirán un solo manual. El mismo será enviado a nombre de uno de los miembros del hogar. De este modo Medicare ahorrará dinero.

Medicare y Usted 2005 explica el programa Medicare. No es un documento legal. Las estipulaciones oficiales del programa Medicare están contenidas en las leyes, reglamentos, y normas correspondientes.

Información Importante Antes de Consultar este Manual

Quizá usted haya escuchado o leído alguna información sobre una ley de Medicare llamada “Ley de Modernización de Medicare del 2003”. Esta nueva ley ofrece a los beneficiarios más opciones en su cobertura de salud y mejores beneficios. Algunos de estos cambios son:

- La tarjeta de descuento para recetas médicas de Medicare que comenzó en el 2004 (vea las páginas 7–12).
- Planes de Medicare para recetas médicas a partir del 2006 (vea las páginas 13–15).
- Servicios preventivos a partir del 2005 (vea las páginas 26–28).

Este manual le ayuda a enterarse de estos cambios y de sus opciones como beneficiario de Medicare. Encontrará información básica sobre el programa Medicare así como información específica sobre cada opción de plan de salud de Medicare.

Este manual es una fuente de información importante para usar a lo largo del año. Tiene vigencia a partir del 1 de enero del 2005. Utilícelo en lugar de las versiones anteriores. Téngalo al alcance de su mano para cuando lo necesite.

Cómo encontrar la información que necesita en este manual

Hay dos maneras de encontrar la información que necesita:

1. Vea “**Índice**” en las páginas 1–4. Encontrará una lista en orden alfabético de los temas tratados en este manual con los números de página correspondientes. Es el modo más sencillo para encontrar información.
2. Vea “**Tabla de Contenido**”. Encontrará una lista de temas por sección y número de página.

Nota: Usted encontrará en el texto de este manual, algunas palabras en color azul. Las definiciones de las mismas se encuentran en la sección “Palabras que debe conocer” en las páginas 85–88. Allí encontrará una descripción breve de dichas palabras.

Información Importante Antes de Consultar este Manual

Dónde conseguir ayuda o más información si la necesita

Después que haya leído este manual, si necesita ayuda o más información:

- Visite www.medicare.gov en Internet. Este es el sitio Web oficial de Medicare. Allí podrá encontrar información actualizada sobre Medicare y respuestas a sus preguntas.
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227.) Esta línea gratis de asistencia está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, para responder a sus preguntas. Puede hablar con un representante de servicio al cliente en inglés o en español. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea las páginas 93-95 para los números de teléfonos.)

Medicare desea brindarle información correcta y oportuna sobre sus beneficios, al tiempo que le proporciona las herramientas necesarias para que tome las decisiones sobre su salud que más le convenga.

Si sospecha que se ha cometido fraude, utilice estos tres pasos:

1. Llame a su proveedor del cuidado de la salud.
2. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY 1-877-486-2048.
3. Llame a la línea gratuita del Inspector General 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477).

Tabla de Contenido

Sección 1	Tabla de Contenido	Páginas
	Una lista alfabética de los temas de este manual	1–4
Sección 2	Lo nuevo de Medicare	
	Nueva información para el 2005	5–6
Sección 3	Tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare	
	¡Ahora puede ahorrar! con la tarjeta de descuento para medicamentos..	7
	Cómo funcionan.....	7
	Inscripción	8
	El crédito de \$600 para beneficiarios de bajos ingresos.....	9–10
	Quién no puede recibir el crédito de \$600	11
	Tres pasos sencillos para obtener información	11
	Ahorre dinero comprando medicamentos genéricos	12
Sección 4	Planes para recetas médicas	
	¡En poco tiempo!—Planes de Medicare para recetas médicas	13
	Inscripción en un plan para recetas médicas de Medicare	13
	Cómo funcionan.....	14
	Información para beneficiarios de bajos ingresos.....	15
	Lleve un control de sus medicamentos	16
Sección 5	Lo básico del programa Medicare	
	Información básica	17
	Medicare Parte A—Inscripción y cobertura.....	18–19
	Medicare Parte B—Inscripción y cobertura.....	20–28
	Otros servicios y suministros	29–33
	Si su médico no acepta Medicare—Contratos privados	34
Sección 6	Opciones de planes de Medicare	
	Lo que debe tener en cuenta durante su elección.....	35
	Opciones de planes de salud para el 2005	36
	Selección de un plan de salud de Medicare	37–38
Sección 7	Plan Original Medicare	
	Qué es y cómo funciona	39
	Lo que usted paga por los servicios cubiertos	40–44
	Facturación del plan Original Medicare	45–51
	Asignación	52

Tabla de Contenido

	Páginas
Sección 8	Planes Medicare Advantage
	Qué son.....53–54
	Cómo funcionan.....55–57
	Costos del plan58–59
	Inscripción en un plan Medicare Advantage60–62
	Desafiliación de un plan Medicare Advantage63–64
Sección 9	Sus derechos Medicare
	Su derecho a apelar los servicios denegados65–66
	Otros derechos Medicare66
	Aviso de prácticas de privacidad en el plan Original Medicare67–70
	Usted puede protegerse y proteger a Medicare del fraude71–72
Sección 10	Otros seguros y maneras de pagar sus gastos de salud73–80
Sección 11	Para más Información
	www.medicare.gov en el sitio Web81
	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)82
	Publicaciones gratuitas sobre Medicare y asuntos relacionados.....83–84
Sección 12	Palabras que debe conocer (definición de las palabras en azul)85–88
Sección 13	Contactos importantes89–95

Para información detallada de los temas de este manual, vea las páginas 1–4.

Importante: La información de este manual era correcta al momento de su impresión. Pueden haber ocurrido cambios después de la impresión. Si desea la versión más actualizada, busque en www.medicare.gov en Internet. Seleccione “Publicaciones”, o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Un representante del servicio al cliente le dirá si la información ha sido actualizada. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



1-800-MEDICARE82, 38, 83

A

Acupuntura44
 Administración del Seguro Social
 (SSA por sus siglas en inglés).....
18, 89–92, anverso última página
 Andador32
 Anteojos31, 44
 Aparatos auditivos44
 Aparatos ortopédicos (brazos,
 piernas, espalda y cuello)33
 Apelación.....65–66, 59, 85
 Área de servicio60, 64
 Asignación52, 42
 Asilos de ancianos31
 Atención en la sala de emergencias ..30
 Audífonos44

B

Beneficios de veteranos11, 22, 77
 Beneficios para militares retirados77
 “Bienvenidos al examen físico
 de Medicare”28, 43
 Búsqueda personalizada de planes
 Medicare38, 17, 35

C

Calidad del cuidado35
 Cambio de
 direcciónprimera página (portada)
 Cantidad aprobada por
 Medicare41–43, 52, 85
 Cargo límite34, 52, 85
 Centro ambulatorio de
 rehabilitación integral66
 Cirugía plástica/cosmética.....44
 Cobertura médica de
 empleador73, 23, 25, 62
 Cobertura médica
 de sindicato73, 23, 25, 62
 COBRA (Ley de Reconciliación
 de Presupuesto Consolidada)24, 73
 Colonoscopia26, 43

C (continuación)

Compare asilos de ancianos81
 Compare cuidado de salud en
 el hogar81
 Condición cardiaca26, 43
 Contratistas Administrativos de
 Medicare (MAC por sus
 siglas en inglés)50
 Contrato privado.....34
 Coordinación de beneficios51, 90–91
 Copago41–43, 57, 85
 Coseguro42, 52, 57, 85
 Costos
 Asignación.....73–80
 Ayuda con los gastos42, 52, 57
 Copago41–43, 57, 85
 Coseguro42, 52, 57, 85
 Deducible20, 43, 52, 86
 Gastos directos del bolsillo.....40, 58
 Cuidado a largo plazo31, 44, 80, 86
 Cuidado de custodia31, 44, 85
 Cuidado dental.....30, 44
 Cuidado de la vista.....44
 Cuidado de los pies31, 44
 Cuidado de relevo.....19, 41
 Cuidado de salud en
 el hogar.....19, 25, 41–42
 Cuidado de salud mental32, 42
 Cuidado en un centro de enfermería
 especializada (SNF, por sus siglas
 en inglés)19, 31, 41, 66, 86
 Cuidado urgente33

D

Deducible.....20, 43, 52, 86
 Definiciones85–88
 Departamento de Asuntos
 de Veteranos.....76, 92
 Departamento de Defensa.....91–92
 Departamento de Salud y Servicios
 Humanos (Oficina del Inspector
 General)71–72, 90

D (continuación)

Departamento estatal de seguros ..79, 90
Derechos de privacidad67–70
Derechos.....65–72
Derivar/referido55, 56, 86
Desafiliación de un plan Medicare Advantage63–64
Determinaciones sobre cobertura nacional50
Determinaciones locales sobre cobertura.....51
Diabetes27, 30, 31, 43, 44
Diálisis renal.....31
Días de reserva de por vida.....41, 86
Discriminación70

E

Electrocardiogramas33
Elegibilidad para Medicare17
Empresa de seguros Medicare90–92
Empresa Regional de Equipo Médico Duradero.....89, 86
Enfermedad renal en etapa final (ESRD, por sus siglas en inglés)36, 54, 61
Equipo médico duradero (como silla de rueda).....32, 41–42
Especialista.....55, 56
Evaluación de cáncer colorectal26, 43
Evaluación de glaucoma27, 43
Evaluación de la próstata, prueba PSA28, 43
Examen cardiovascular26, 43
Examen Papanicolau27, 43
Exámenes de oído31, 44
Exámenes físicos28, 43, 44

F

Facturación electrónica50
Facturas (Reclamos) Parte A45, 50–51 Parte B45, 50–51
Fraude y abuso71–72

H

HMO (ver planes de salud administrados)
Hospicio (atención de hospicio)19, 41
Hospital (cuidado, cobertura de internación)19, 41
Hospitales de acceso crítico18, 19

I

Incapacitado20, 23
Inscripción Medigap74 Parte A19 Parte B21–23 Período general de inscripción22 Período inicial de inscripción21 Período especial de inscripción23 Planes Medicare Advantage60, 61 Quién puede inscribirse.....17
Inscripción en un plan Medicare Advantage.....60–61
Instrucciones por adelantado.....71
Intermediario fiscal90–92, 86
Intermediario regional de cuidado en el hogar90, 86
Internación86
Internet81, 5, 83
Investigación.....70

J

Junta Ferroviaria de Retiro (RRB por sus siglas en inglés).....18, 92
--

L

Ley de Modernización de Medicare.....5, 35, 54
Línea de ayuda de Medicare82, 91–92

M

Mamografía28, 43
Medicaid79, 11, 86
Medicamentos7–15, 32, 33, 78
Medicamentos para el cáncer32
Medicare Advantage5, 36, 53–64, 88

M (continuación)

Medicare Parte A (ver Parte A)	17–19, 41
Medicare Parte B (ver Parte B).....	17, 20–33, 42–44
Medicare SELECT	74
Medicinas genéricas.....	12
Medicinas recetadas.....	32, 44
Cobertura	13–15
Programas de ayuda	9
Tarjetas de descuento	7–12
Médico de cabecera.....	55, 87

N

Necesario por razones médicas.....	25, 87
Números de teléfono	89–92

O

Oficina de derechos civiles.....	70, 90, 92
Oficina del Inspector General ..	71–72, 90
Oficina estatal de asistencia médica	78, 79, 89
Ojos y miembros artificiales	33
Opciones (planes de salud)	36
Organización para el mejoramiento de calidad	88, 89
Organización de Proveedores Preferidos (PPO por sus siglas en inglés).....	56, 53, 88
Oxígeno	30

P

PACE (Programa de cobertura total para ancianos)	80
Página Web	81, 5, 83
Pago condicional	51
Parte A (Seguro de hospital)....	17–19, 41
Parte B (Seguro médico).....	17, 20–33, 42–44
Período de beneficio	41, 87
Plan Original Medicare	39–52, 36, 37, 65, 88
Costos.....	40
Planes de especialidades Medicare	57, 53, 87

P (continuación)

Planes Medicare para recetas médicas.....	13–15
Planes Privados de Pago por Servicio Medicare	57, 53, 88
Planes de salud administrados Medicare	55–56, 53, 11, 87
Pólizas Medigap	74–76, 23, 62–63, 88
Preaviso al beneficiario	65
Prima	20, 21, 58, 60, 88
Programas de ahorro Medicare.....	78
Programas de ayuda	79
Programa estatal de asistencia de seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés)	88–95
Prótesis	33
Pruebas clínicas	29, 70
Prueba de densidad de masa ósea	26, 43
Publicaciones y folletos para más información	83–84
Publicaciones	83–84

Q

Quejas (Calidad del cuidado)	66, 89
------------------------------------	--------

R

Rayos-X	33
Reclamos	50–51
Resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)	33
Resumen Medicare electrónico (E-MSN, por sus siglas en inglés)	45
Resumen Medicare	45–49, 65

S

Sangre.....	19, 25, 41–42
Segunda opinión para cirugía	33
Seguro suplementario a Medicare	74–76, 23, 62–63
Servicio de ambulancia	29
Servicios ambulatorios en el hospital	20, 25, 42
Servicios clínicos de laboratorio	25–28, 42

S (continuación)

Servicios clínicos de psicología32

Servicios cubiertos
 (Partes A y B)19, 25, 26–33

Servicios médicos20, 25

Servicios de laboratorio25–27, 42

Servicios de nutrición31

Servicios preventivos.....26–28, 88

Servicios de profesionales32

Servicios quiroprácticos29

Silla de ruedas30

Subluxación (espina dorsal)29

T

Tarjeta de descuento para recetas
 médicas aprobada por
 Medicare.....7–12

Tarjeta de Medicare18
 para conseguir una tarjeta nueva18

Telemedicina33, 44

Terapia de inmunosupresora33

Terapia del habla42

Terapia física42

Terapia ocupacional42

Testamento71

Tomografía computarizada (CTA
 scan, por sus siglas en inglés)33

Trasplantes33

TRICARE for Life.....77, 92

U

Usuarios de teléfono de
 texto (TTY)88

V

Vacunas28, 43, 44

Vacuna contra la Hepatitis B.....28, 43

Vacuna contra la influenza/gripe ..28, 43

Vacuna contra la pulmonía28, 43

Vendas y suministros quirúrgicos33

Viajes al exterior33, 44

Viajes33, 44

Z

Zapatos ortopédicos44

Zapatos terapéuticos30

Sección

2

Nuevos cambios en Medicare

La Ley de Modernización de Medicare de 2003 introdujo cambios nuevos e interesantes al programa Medicare. Estos cambios le darán más opciones para obtener sus beneficios, incluida la cobertura de los medicamentos recetados. El manual le explica sobre estos cambios así como sus beneficios, derechos y opciones de planes de salud. Los cambios al programa Medicare son:

Nuevas formas de ayuda para pagar por sus medicamentos

- La tarjeta de descuento aprobada por Medicare para recetas médicas—Ya está a su disposición (páginas 7–12).
- Planes Medicare para recetas médicas—Disponibles en el 2006, la inscripción comienza en el 2005 (páginas 13–15).

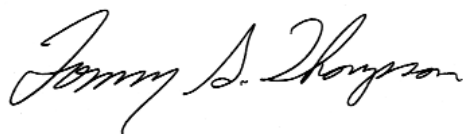
Nuevas opciones de planes de salud

- Planes Medicare Advantage—Ya están a su disposición (página 53)
- Planes regionales de Organizaciones de Proveedores Preferidos—Disponibles en el 2006 (página 56)

Nuevos beneficios preventivos—¡Disponibles el 1 de enero de 2005!

- Análisis de sangre para evaluación cardiovascular (página 26)
- Prueba de diabetes (página 27)
- “Bienvenido a Medicare” examen físico inicial (página 28)

Recuerde que para obtener respuestas a sus preguntas sobre Medicare puede ir a www.medicare.gov en Internet o llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día los siete días de la semana.



Tommy G. Thompson
Secretario del Departamento de
Salud y Servicios Humanos



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



Sección 2: Lo nuevo de Medicare

Nueva información para el 2005

Cada año, *Medicare y Usted* le brinda información importante sobre sus beneficios, sus derechos y sus opciones de planes de salud Medicare. El cuadro siguiente muestra la información nueva para *Medicare y Usted* y el número de página donde encontrarla:

Nueva información	Página (s)
Tarjeta de descuento para recetas médicas aprobada por Medicare	7–12
Crédito de \$600 en el 2004 y otros \$600 para el 2005 en su tarjeta de descuento para recetas médicas	9–11
Planes Medicare de medicamentos recetados	13–15
Deducible de la Parte B para el 2005	20
Primas reducidas para militares	22
Análisis de sangre para evaluación cardiovascular	26
Prueba de diabetes	27
“Bienvenidos a Medicare” examen físico inicial	28
Planes Medicare Advantage	53
Planes regionales de Organizaciones de Proveedores Preferidos	56
Cambios en las pólizas Medigap	74

Nota: En todo este manual encontrará las letras TTY. Medicare y otras organizaciones proveen el servicio de teléfono de texto (TTY por sus siglas en inglés) para aquellas personas con problemas auditivos o impedimentos del habla. TTY delante de un número de teléfono significa que es para los usuarios de teléfono de texto.

Tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare

7

Sección

3

Ahora puede ahorrar con la tarjeta de descuento de medicamentos recetados

Medicare ha contratado a compañías privadas para ofrecer la tarjeta de descuento para recetas médicas. Estas compañías negocian los precios de los medicamentos. Cualquier beneficiario de Medicare puede obtenerla excepto aquellos que cuando la soliciten tengan cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de **Medicaid**. Usted tiene la opción de inscribirse en una tarjeta de descuento si así lo decide. Si está pagando de su bolsillo el precio de venta de sus medicinas, la tarjeta de descuento puede ahorrarle dinero en el costo de sus recetas médicas. Estas tarjetas ya están disponibles. Es un programa **temporario** que le ayudará con dichos gastos hasta que empiecen los planes de cobertura de recetas médicas de Medicare en el 2006. Todas las tarjetas de descuento aprobadas por Medicare tendrán el sello siguiente:

Si sus ingresos son bajos, consulte las páginas 9–11 para averiguar si puede obtener ayuda adicional para pagar sus medicamentos.



Cómo funcionan

La inscripción en estas tarjetas comenzó el 3 de mayo del 2004. Si usted reúne los requisitos y aún no se ha inscrito, puede hacerlo en cualquier momento hasta el 30 de noviembre del 2005. La inscripción es voluntaria.

Las medicinas con descuentos y los descuentos ofrecidos varían entre las distintas tarjetas, por lo tanto debe compararlas atentamente. Además, cada tarjeta de descuento tiene una lista de medicamentos recetados que tienen descuentos y una lista de farmacias donde se puede usar dicha tarjeta. Usted debe ir a la farmacia que acepta la tarjeta aprobada por Medicare para obtener el precio de descuento.

Las compañías que ofrecen las tarjetas podrían cobrarle una tarifa de inscripción que no exceda \$30 al año. Usted puede ahorrar en medicinas de marca, pero puede ahorrar aún más en los medicamentos genéricos.

Si usted está inscrito en un **plan Medicare Advantage** o en un programa estatal que ayuda a pagar por sus medicamentos, tal vez se apliquen distintos reglamentos. Comuníquese con el plan Medicare Advantage o con el programa estatal para más información.

**Recuerde,
las palabras
en azul se
definen en
las páginas
85–88.**



Sección 3: Tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare

Inscripción

Primero, obtenga información y compare las diferentes tarjetas disponibles. Para obtener información, tenga a mano:

1. Su código postal
2. Sus medicamentos y las dosis (encontrará esta información en el frasco de su medicina)
3. Su ingreso mensual (si es que desea solicitar el crédito de \$600 otorgado a aquellos beneficiarios de bajos ingresos)

Luego, visite www.medicare.gov en Internet, seleccione “Recetas médicas y otros programas de ayuda” o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pregunte sobre “ahorros en medicamentos”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Usted sólo puede tener una tarjeta de descuento a la vez. Si tiene una tarjeta de descuento para medicamentos que no está aprobada por Medicare, puede utilizarla junto a la tarjeta aprobada por Medicare pero no puede usarlas al mismo tiempo ni para la misma receta.

Después, compare las distintas tarjetas de descuento para recetas médicas para ver cuál es la que le conviene más. Luego, llame a la compañía que ofrece dicha tarjeta y pídale que le envíen el formulario de inscripción. También puede obtener el formulario en www.medicare.gov en el sitio Web. Puede enviarlo por correo o fax a la compañía que ofrece la tarjeta.

Una vez que se haya procesado el formulario de inscripción, la compañía le enviará la tarjeta de descuento para recetas médicas aprobada por Medicare. Usted puede comenzar a usarla el primer día del mes siguiente de su inscripción. Por ejemplo, si la compañía recibe el formulario completado el 5 de noviembre del 2004, puede empezar a usar la tarjeta el 1 de diciembre del 2004. Puede seguir usándola hasta el 15 de mayo del 2006 o hasta que se inscriba en el nuevo programa de cobertura de medicamentos de Medicare, lo que ocurra primero.

Para más información sobre la tarjeta de descuento para recetas médicas aprobada por Medicare, visite www.medicare.gov en Internet o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y obtenga una copia gratis de la publicación *Guía para la Selección de una Tarjeta de Descuento para Recetas Médicas Aprobada por Medicare* (Pub. CMS No. 11062-S.)



El crédito de \$600 para beneficiarios de bajos ingresos

Si usted elige una tarjeta de descuento para medicamentos recetados aprobada por Medicare y tiene ingresos bajos, podría conseguir ayuda adicional. Tal vez reúna los requisitos para obtener un crédito de \$600 en su tarjeta de descuento para el 2004 y el 2005 para ayudarle a pagar por sus medicamentos por un total de \$1,200. Si cumple con los requisitos para dicho crédito, no tendrá que pagar la tarifa de inscripción.

Para recibir el crédito de \$600 usted debe reunir TODAS las condiciones siguientes:

- Tener la Parte A y/o B de Medicare
- No tener otro seguro que cubra medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de su empleador u otro seguro (excepto un [plan Medicare Advantage](#) o una [póliza Medigap](#) o beneficios de veteranos.)
- Su ingreso mensual en el 2004 no debe exceder los \$1,048 (\$12,569 al año) si es soltero, o \$1,406 (\$16,862 al año) si es casado (si vive en Alaska o Hawai, los límites son más altos.) Estos límites pueden cambiar para el 2005. Si su estado le ayuda a pagar las [primas](#) de Medicare, usted podría igualmente ser elegible aún si su ingreso está por encima de estos límites.

Nota: Si usted no reúne los requisitos para el crédito de \$600, todavía puede elegir una tarjeta de descuento de medicamentos aprobada por Medicare.

Cómo funciona el crédito de \$600

Si cumple con las condiciones, usted podría obtener \$600 en el 2004 y otros \$600 en el 2005. Para obtener los \$600 de crédito usted debe solicitar la tarjeta de descuento Y el crédito de \$600. Siga las instrucciones de “Inscripción” en la página anterior. Si reúne los requisitos, Medicare acreditará los \$600 a su tarjeta de descuento para recetas médicas y usted podrá usar ese dinero cuando compre sus medicamentos. (Aunque use el crédito igual tendrá que pagar un pequeño [coseguro](#) por cada receta médica.) Cuando haya usado todo el crédito de \$600, podrá seguir usando la tarjeta de descuento para ahorrar dinero al obtener precios de descuento en los medicamentos cubiertos por la tarjeta.

Cómo funciona el crédito de \$600 (continuación)

¡Actúe ahora!

En el 2004, si reúne las condiciones y sin importar cuándo se inscriba en la tarjeta de descuento, usted podrá obtener el crédito de \$600. Siempre que permanezca inscrito en la tarjeta de descuento, no tendrá que volver a solicitar el crédito de \$600 para el 2005. Recibirá automáticamente otros \$600 a comienzos del 2005. Esto se mantendrá aún si su ingreso cambia. También podrá traspasar al 2005 lo que le haya quedado de los \$600 acreditados en el 2004.

Si usted espera hasta el 2005 para inscribirse, la cantidad que reciba de crédito dependerá de cuándo se inscriba. El cuadro a continuación le muestra cuánto obtendrá según la fecha en la que se inscriba en el 2005:

Si lo solicita entre	Obtendrá un crédito de:
1 de enero - 31 de marzo de 2005	\$600
1 de abril - 30 de junio de 2005	\$450
1 de julio - 30 de septiembre de 2005	\$300
1 de octubre - 30 de noviembre de 2005	\$150

Nota: Si usted vive en Puerto Rico, las Islas Vírgenes Estadounidenses, Guam, Samoa Americana o las Islas Marianas del Norte, se aplicarán normas diferentes. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Para más información sobre el crédito de \$600, puede

- Visitar www.medicare.gov en Internet. Seleccione “Recetas médicas y otros programas de ayuda” o
- Llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y preguntar por las “tarjetas de descuento.” Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

También puede obtener una copia gratis de la publicación *Guía para la Selección de una Tarjeta de Descuento para Recetas Médicas Aprobada por Medicare* (Pub. CMS No. 11062-S) de una de las dos fuentes de recursos mencionadas arriba. Si no tiene una computadora, su biblioteca o el centro para personas de la tercera edad podría ayudarle a buscar esta información.



Quién no puede recibir el crédito de \$600

Además de las personas con ingresos por encima del límite mencionado en la página 9, usted **no puede** recibir el crédito de \$600 si ya tiene cobertura de recetas médicas de paciente ambulatorio de:

- Medicaid
- TRICARE for Life (seguro médico para militares)
- FEHB (seguro médico para empleados federales y retirados)
- Seguro médico de grupo por su empleador u otro seguro médico (excepto un [plan Medicare Advantage](#) o una [póliza Medigap](#) o beneficios de veteranos)
- Un [plan de salud administrado](#) de Medicare que no sea Medicare Advantage, y que ofrece a sus miembros el beneficio de recetas medicas para pacientes ambulatorios

Tres pasos sencillos para obtener información sobre la tarjeta de descuento para recetas médicas y el crédito de \$600

Los beneficiarios necesitan distintos medicamentos y desean obtenerlos de distintas formas. Para comparar las tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare y así elegir la que más le convenga o para averiguar sobre el crédito de \$600, puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y hablar con un representante de servicio al cliente. Cuando llame tenga a mano esta información:

1. Su código postal
2. Sus medicamentos y las dosis (encontrará esta información en el frasco de su medicina)
3. Su ingreso mensual (si es que desea solicitar el crédito de \$600 otorgado a aquellos beneficiarios de bajos ingresos)

Para ir descartando las que no le convienen, díganos el nombre de la farmacia que prefiere, si desea una tarjeta sin costo o de bajo costo y los nombres de cualquier tarjeta específica aprobada por Medicare sobre la que quiera más información.

Opciones especiales para los beneficiarios en un centro de enfermería especializada o centros de enfermería o para aquellos que usan los servicios de salud para indígenas o beneficiarios de Medicare nativos de Alaska

Si usted está en un centro de enfermería especializada o centros de enfermería o si obtiene sus medicamentos a través de farmacias del Servicio de Salud para Indígenas o Nativos de Alaska, tal vez tenga opciones especiales. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov en Internet y seleccionar “Recetas médicas y otros programas de ayuda”.

Lo que debe recordar acerca de la tarjeta de descuento para recetas médicas

- Puede inscribirse **ahora**.
- Hay muchas tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare. Si desea una tarjeta de descuento, **usted** debe elegir e inscribirse en una. La inscripción **no** es automática.
- Si usted es una persona de ingresos bajos, podría obtener el crédito de \$600 en el 2004 y otro de \$600 para el 2005 para ayudarle a pagar por sus medicamentos.
- Las tarjetas de descuento aprobadas por Medicare son temporarias. Comenzará a caducar a partir del 1 de enero del 2006 cuando entren en vigencia los nuevos planes de Medicare para recetas médicas.

Ahorre dinero comprando medicamentos genéricos

Usted podría ahorrar dinero en sus recetas médicas si compra medicamentos genéricos en lugar de los de marca que son más caros. Los medicamentos genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA por sus siglas en inglés) pasan por el mismo proceso riguroso que los de marca. Las medicinas genéricas son tan seguras y eficaces como las de marca. Desde la calidad y eficacia hasta la producción y etiquetado, todas las medicinas aprobadas por la FDA, incluyendo las genéricas, deben cumplir con los mismos estándares. La diferencia principal es que el aumento en la competencia hace que las medicinas genéricas cuesten mucho menos que la mayoría de los medicamentos de marca.

Sección

4

A partir del 2006—Planes de Medicare para recetas médicas

El 1 de enero del 2006, las tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare comenzarán a caducar y a la vez comenzarán los planes de Medicare de medicamentos recetados.

Medicare contratará a compañías privadas para que ofrezcan cobertura de medicamentos recetados. Estas compañías seguramente ofrecerán una variedad de opciones con distinta cobertura de medicamentos y distintos costos. La inscripción en estos planes es voluntaria. **Usted debe elegir el plan que responda mejor a sus necesidades y luego inscribirse.** En la mayoría de los casos la inscripción no es automática en el plan para recetas médicas de Medicare.

Inscripción en un plan para recetas médicas de Medicare

Para inscribirse, usted debe tener la Parte A y/o la Parte B de Medicare. Puede inscribirse a partir del 15 de noviembre de 2005 hasta el 15 de mayo de 2006. Este es el “período abierto de inscripción inicial.” La inscripción en un plan es decisión suya.

Nota: Después del período abierto de inscripción inicial, usted puede cambiar de plan durante el período abierto de inscripción, del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Su plan para recetas médicas de Medicare entrará en vigencia el 1 de enero del año siguiente a la inscripción.

Para inscribirse tendrá que decidir cómo desea obtener sus medicamentos. Usted puede:

- Obtener los beneficios de salud y de medicamentos recetados a través de un **plan de salud administrado** Medicare Advantage (página 53) que ofrece cobertura de recetas médicas.
- Obtener sus beneficios de salud del **plan Original de Medicare** y elegir inscribirse en un plan para recetas médicas de Medicare.
- Obtener sus beneficios de otro tipo de **plan Medicare Advantage** o de un plan de salud administrado que no sea Medicare Advantage. Con estos planes, usted podría elegir inscribirse en un plan para recetas médicas de Medicare.

Recuerde, las palabras en azul se definen en las páginas 85–88.

Cómo funcionan los planes

Los planes de Medicare para recetas médicas podrían ser distintos, pero en general, ésta es la manera cómo funcionan. Cuando se inscriba, tendrá que pagar una **prima mensual** (podrá variar de acuerdo al plan que elija, pero generalmente será de aproximadamente \$35) además de cualquier prima que pague por las Parte A y B de Medicare. También tendrá que pagar el “**deducible**” que son los primeros \$250 al año de sus recetas médicas antes que Medicare comience a pagar.

Después del deducible de \$250 anuales, **éste es el modo cómo funciona:**

- El 25% del costo anual de sus medicamentos entre \$250 y \$2,250 y su plan paga el otro 75% de estos costos, luego
- El 100% de los costos de \$2,251 hasta que los gastos directos de su bolsillo alcancen los \$3,600, después
- El 5% del costo de sus medicamentos (o un pequeño **copago**) por el resto del año una vez que haya pagado de su bolsillo \$3,600 y su plan paga el resto.

Los planes para recetas médicas de Medicare pueden ofrecer este tipo de cobertura o una más amplia por una prima más elevada. Usted puede decidir si quiere o no inscribirse. Sin embargo, **si no se inscribe en cuanto fue elegible, tal vez tenga que pagar una prima más alta cuando decida inscribirse** y tendrá que pagar esta prima elevada por el tiempo que tenga el plan para recetas médicas de Medicare.

Nota: Si ya tiene cobertura de medicinas recetadas de otro seguro, puede conservarla. Si esa cobertura ofrece los mismos beneficios o mejores que el plan para recetas médicas de Medicare, no tendrá que pagar una prima más cara si decide inscribirse más tarde. Averigüe con su otro seguro para comparar coberturas.

Información para beneficiarios de bajos ingresos

Si usted es una persona de bajos ingresos y recursos limitados quizá tenga a su alcance ayuda adicional. Con un ingreso por debajo de cierto límite, usted obtendrá ayuda adicional para pagar por sus medicamentos. **El límite de ingreso exacto será determinado a principios de 2005.**

Además, si tiene un ingreso bajo, podrá inscribirse antes de tiempo. Para garantizar que todo aquel que reúna los requisitos pueda inscribirse a tiempo, la Administración del Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés) y las oficinas locales de Medicaid comenzarán a aceptar solicitudes de beneficiarios de bajos ingresos en el verano del 2005. Si envía su solicitud temprano, tendrá garantizada la ayuda para pagar por las primas y el deducible del plan para recetas médicas de Medicare comenzará en cuanto entre en vigencia el plan el 1 de enero del 2006 y de este modo no perderá ni un día de cobertura de sus recetas médicas. Medicare y SSA le enviarán más detalles por correo durante el 2005.

Cosas que debe recordar sobre los planes para recetas médicas de Medicare

- Empiezan el 1 de enero de 2006.
- Si desea esta cobertura, **usted** debe inscribirse en el plan, **no hay** inscripción automática.
- Cuando se inscriba tendrá que pagar una prima todos los meses.
- Si tiene ingresos bajos y recursos limitados podrá obtener ayuda adicional.
- Si sus ingresos son bajos puede inscribirse más temprano (verano de 2005).
- Recibirá más información por correo durante el 2005.

Lo básico del programa Medicare

17

Sección

5

Medicare es un programa de seguro de salud para:

- Personas de 65 años de edad o más.
- Ciertas personas con incapacidades menores de 65 años.
- Personas de todas las edades que padecen de enfermedad renal en etapa final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante renal).

Medicare tiene:

Parte A Seguro de hospital (páginas 18–19). La mayoría de las personas no pagan la **prima** por la Parte A porque el beneficiario o su cónyuge ya la han pagado con sus impuestos mientras estaban trabajando.

Parte B Seguro Médico (páginas 20–28). La mayoría de las personas pagan mensualmente por la Parte B.

Planes de Salud de Medicare

El Medicare de hoy trata de brindarle opciones. Sus opciones de planes de salud incluyen:

- El **Plan Original de Medicare**—disponible en todo el país (página 39).
- **Planes Medicare Advantage** (disponible en muchas áreas, página 53), incluidos:
 - **Planes de salud administrados Medicare** (páginas 55–56).
 - **Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos Medicare** (PPO, página 56).
 - **Planes Privados de Pago por Servicio** (página 57).
 - **Planes de Especialidades** de Medicare (página 57).

Medicare Advantage es el nuevo nombre de los “planes Medicare + Opción”.

El plan de salud de Medicare que usted escoja influirá sobre muchas cosas, como sus costos, beneficios (algunos tienen beneficios adicionales, como días extra en el hospital), opción de médicos, proveedores, conveniencia, y calidad (página 35).

Para ayuda para comparar los planes, use la herramienta de “Búsqueda personalizada de planes Medicare” en www.medicare.gov en Internet. Vea la página 38 para detalles. Si no tiene una computadora, su biblioteca o centro para personas de la tercera edad locales podrían ayudarle con esta información. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Recuerde, las palabras en azul se definen en las páginas 85–88.

¿Qué es la Parte A de Medicare?

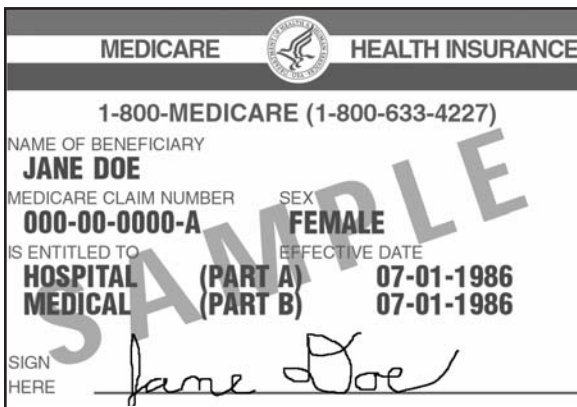
La Parte A (Seguro de hospital), le ayuda a pagar por su **internación en hospitales, hospitales de acceso crítico**, y centros de enfermería especializada (no por cuidado de custodia o **cuidado a largo plazo**). También cubre cuidado de hospicio, y cierto tipo de cuidado en el hogar. Debe cumplir con ciertos requisitos para obtener estos beneficios.

Costo: La mayoría de las personas no tienen que pagar una cuota mensual, llamada **prima**, para conseguir la Parte A ya 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.

Si tiene bajo ingreso y recursos limitados, su estado podría ayudarle a pagar por la Parte A (página 78). 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 no está seguro si tiene la Parte A, fíjese en su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare (ver muestra de tarjeta a la izquierda). Si usted tiene la Parte A, esta dirá “Hospital (Part A)” en la esquina inferior izquierda de la tarjeta.

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

¿Necesita reemplazar su tarjeta de Medicare? Si se le ha extraviado o dañado su tarjeta puede solicitar una nueva por Internet en www.socialsecurity.gov. En el casillero de “Preguntas sobre”, seleccione “Medicare”. Luego seleccione el número 5 de la lista de “Temas”. También puede llamar a la Administración del 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 Ferroviaria de Retiro, llame a la oficina local de RRB o al 1-800-808-0772 o visite www.rrb.gov por Internet y seleccione “Servicios Principales”.

Inscripción en la Parte A de Medicare

Si usted ya tiene beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro, automáticamente obtendrá la Parte A, el primer día del mes en que cumpla 65 años. Si tiene menos de 65 años y es incapacitado, obtendrá la Parte A una vez que cobre los beneficios de incapacidad del Seguro Social o haya obtenido beneficios de jubilado ferroviario por 24 meses.* Si está por cumplir los 65 años y no recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro, debe solicitar la Parte A de Medicare.

* No hay un período de espera de 24 meses para los beneficiarios que padecen de Esclerosis Lateral Amiotrópica (ALS por sus siglas en inglés).

Importante: Incluso si la edad para jubilarse para el Seguro Social o la Junta Ferroviaria de Retiro es más de 65 años, usted será elegible para Medicare a los 65 años. Llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 para más información. Si recibe beneficios de la Junta Ferroviaria de Retiro, llame a la oficina local de RRB al 1-800-808-0772.

La Parte A de Medicare le ayuda a pagar por (cuando sea por razones de salud):

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 o 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).

Cuidado de salud en el hogar: Cuidado limitado y razonable de enfermería especializada intermitente o a tiempo parcial, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla ordenados por su médico, servicios de un auxiliar para la salud en el hogar, servicios médicos sociales, equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas), suministros médicos, 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 que de otra forma no cubriría Medicare. 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 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).

Sangre: Pintas de sangre que usted recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta.

¿Qué es la Parte B de Medicare?

La Parte B (Seguro médico) le ayuda a pagar los servicios del médico, el **cuidado para paciente ambulatorio**, y otros servicios médicos que no cubre la Parte A, como los servicios de terapia física u ocupacional, y ciertos servicios de salud en el hogar. La Parte B ayuda a pagar estos servicios y suministros médicos cubiertos cuando sean necesarios por **razones médicas** (páginas 25–33).

Costo: Usted paga la **prima** mensual de la Parte B (\$66.60 en el 2004). En algunos casos esta cantidad puede ser más alta si usted no escogió la Parte B cuando fue elegible por primera vez. El costo de la Parte B puede subir hasta 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 (ver Período de Inscripción Especial en la página 23). Usted tendrá que pagar este 10% adicional por todo el tiempo que tenga la Parte B.

También paga un **deducible** anual de \$110 por la Parte B antes que Medicare empiece a pagar la parte que le corresponde. Este deducible aumentará de \$100 a \$110 en el 2005. Tal vez pueda obtener ayuda de su estado para pagar la prima y el deducible (página 78).

Las primas y el deducible podrían cambiar cada año en enero. Si usted recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro, en diciembre recibirá los nuevos montos de las primas y el deducible al igual que su aviso de ajuste por el costo de vida. Después del 1 de diciembre del 2004, también puede ver las primas y el deducible para el 2005 en www.medicare.gov en Internet o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Inscripción en la Parte B

La inscripción en la Parte B es su elección. Si ya recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro, quedará automáticamente inscrito en la Parte B a partir del primer día del mes en que cumpla 65 años. Si es menor de 65 años, y está incapacitado, quedará automáticamente inscrito en la Parte B después que haya recibido beneficios del Seguro Social o de Retiro Ferroviario por 24 meses.* Su tarjeta de Medicare (ver ejemplo en la página 18) le será enviada unos tres meses antes de que cumpla 65 años, o de los 25 meses de beneficios de incapacidad. **Si usted no quiere la Parte B de Medicare, siga las instrucciones que vienen con la tarjeta.**

* No hay un período de espera de 24 meses para los beneficiarios que padecen de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS por sus siglas en inglés).

Inscripción en la Parte B (continuación)

Si elige inscribirse en la Parte B, por lo general, la **prima** se descuenta de su pago mensual de Seguro Social, Retiro Ferroviario, o Retiro del Servicio Civil. En tales casos, no recibirá una cuenta por su prima. Si **no** recibe ninguno de estos pagos, Medicare le enviará una cuenta por su prima Parte B cada 3 meses. Si no ha recibido su cuenta alrededor del día 10 del mes, avísele al Seguro Social al 1-800-772-1213. Si recibe beneficios de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB, por sus siglas en inglés), llame a su oficina local de la RRB, o al 1-800-808-0772.

Hay tres momentos en que puede inscribirse en la Parte B de Medicare:

1. Período Inicial de Inscripción (ver a continuación)
2. Período General de Inscripción (página 22)
3. Período Especial de Inscripción (página 23)

1. Período Inicial de Inscripción

Si cumplirá 65 años en los tres próximos meses y aún no recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro o de la Parte A de Medicare, puede inscribirse en la Parte B de Medicare cuando solicite sus beneficios de retiro o la Parte A de Medicare. Puede inscribirse en la Parte B durante el Período Inicial de Inscripción. Este período:

- Comienza tres meses antes que usted cumpla 65 años.
- Termina tres meses después de cumplidos sus 65 años.

Nota: El día de inicio de su cobertura de la Parte B podría retrasarse si usted espera hasta cumplir 65 años o se inscribe durante los tres últimos meses de su Período Inicial de Inscripción.

Para más información, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778. Si es un empleado ferroviario o jubilado ferroviario, llame a la oficina local de la RRB o al 1-800-808-0772.

Importante: A pesar que la edad de elegibilidad para los beneficios del Seguro Social y de la Junta Ferroviaria de Retiro ahora depende del año en que nació, esto no afecta la elegibilidad para Medicare (65 años). La edad de elegibilidad para Medicare **no** cambia.

Nota: Visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener ayuda sobre su decisión de inscribirse en la Parte B de Medicare.

Inscripción en la Parte B (continuación)

2. Período General de Inscripción

Si no se anotó en la Parte B de Medicare cuando fue elegible por primera vez, aún puede hacerlo durante el Período General de Inscripción.

- Este período se extiende del 1 de enero al 31 de marzo de cada año.
- Para inscribirse, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778. Si es un empleado ferroviario o jubilado ferroviario, llame a la oficina local de la RRB o al 1-800-808-0772.
- La cobertura de la Parte B de Medicare comenzará el 1 de julio del año en que se ha inscrito.
- El costo por la Parte B de Medicare aumentará un 10% por cada período de 12 meses en los que usted podría haber comprado la Parte B de Medicare y no lo hizo, excepto en casos especiales (página 23). Usted tendrá que pagar este 10% extra durante todo el tiempo que tenga la Parte B de Medicare.

Información importante para retirados militares para el 2004

Si usted recibe beneficios militares y tiene la Parte A de Medicare pero no se ha inscrito en la Parte B, puede hacerlo sin pagar el recargo en la prima durante el período especial de inscripción que continuará hasta el 31 de diciembre de 2004.

Si usted tiene la Parte B y su cobertura comienza entre enero de 2001 y diciembre de 2004 y está pagando más de \$66.60 por mes por la Parte B, esta prima será reducida a \$66.60 al mes a partir de enero de 2004. Recibirá un reembolso por la diferencia de todas las primas que haya pagado por encima de esta cantidad.

Si quiere inscribirse en la Parte B durante este período especial de inscripción o desea que se le reduzca la prima a \$66.60, vaya a su oficina local del Seguro Social o llame al 1-800-772-1213 antes del 31 de diciembre de 2004. Si es un beneficiario de la Junta Ferroviaria de Retiro, llame a la oficina de RRB o al 1-800-808-0772.

Inscripción en la Parte B (continuación)

3. Período Especial de Inscripción

Este período está disponible sólo si es elegible para Medicare y esperó para inscribirse en la Parte B debido a que usted o su cónyuge trabajaban, y tenían cobertura de salud de grupo por medio de su empleador o sindicato por su empleo **actual**. Si esto se aplica en su caso, puede inscribirse en la Parte B de Medicare:

- En cualquier momento en que aún esté cubierto por el plan de salud de grupo de su empleador o sindicato, por medio del empleo **actual** suyo o de su cónyuge, o
- Dentro de 8 meses a partir de la fecha en que termine su cobertura por medio de su plan de grupo de empleador o sindicato, o bien cuando termine su empleo (**lo que ocurra primero**).

Nota: Si sigue trabajando y piensa conservar el seguro a través de su empleador, debe hablar con el administrador de beneficios o con el [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (el teléfono lo encontrará en las páginas 93-95) para que le ayuden a decidir cuál sería el mejor momento para inscribirse en la Parte B. Cuando se inscriba, comenzará automáticamente el período de seis meses de inscripción abierta a [Medigap](#) (seguro suplementario a Medicare). Una vez que haya comenzado este período, no puede cambiar o recomenzar. Para detalles vea las páginas 74–76.

Si usted está incapacitado y trabajando (o tiene cobertura grupal a través de un miembro de su familia que trabaja), las normas del período especial de inscripción de Medicare aún se aplican. Para más información sobre el período especial de inscripción de Medicare, obtenga una copia gratis de *Inscripción en Medicare* (Pub. CMS No. 11036–S). Consulte la página 83 para detalles sobre cómo obtener esta publicación.

Recuerde, la mayoría de los beneficiarios que se inscriben en la Parte B durante este período no pagan primas más elevadas. Sin embargo, si es elegible y no se inscribe durante el **período especial de inscripción**, sólo podrá hacerlo durante el **período general de inscripción** (página 22) y el costo de la Parte B podría aumentar.

Para más información sobre la inscripción en las Parte A y B de Medicare, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778. Si es un empleado ferroviario o jubilado ferroviario, llame a la oficina local de la RRB o al 1-800-808-0772.

La Parte B y la cobertura COBRA

COBRA (Ley Consolidada de Reconciliación de Presupuesto de 1985), es una ley que permite a ciertas personas conservar su seguro médico de empleador una vez que su empleo haya terminado o que haya perdido su cobertura como dependiente de un empleado. Si elige cobertura COBRA cuando termina la de su empleo, debería inscribirse en la Parte B de Medicare al mismo tiempo porque no **tendrá** otro Período Especial de Inscripción (SEP por sus siglas en inglés). El SEP significa que usted tendrá que inscribirse en la Parte B de Medicare durante los ocho primeros meses en que terminó su cobertura de grupo o perdió su cobertura.

Si tiene 65 años o más y tiene cobertura de COBRA el plan de grupo de su empleador podría exigir que se inscriba en la Parte B de Medicare. En este caso, el mejor momento para hacerlo es **antes** que termine su empleo o que pierda su cobertura. Si espera para inscribirse en la Parte B hasta la última parte del SEP (los ocho meses **después** que haya terminado su empleo o cobertura), su empleador podría hacerle pagar por los servicios que hubiese pagado Medicare si usted se hubiese inscrito antes.

Si no se inscribe en la Parte B durante este período de ocho meses (SEP), cuando termine su empleo o su cobertura, sólo podrá inscribirse durante el Período General de Inscripción (página 22) y el costo de la Parte B podría aumentar.

Recuerde: Cuando tenga 65 años o más y se inscriba en la Parte B, comenzará el período de inscripción abierta a [Medigap](#) y no se podrá cambiar.

Antes de elegir la cobertura de COBRA, le convendría comunicarse con el [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) para averiguar si le conviene adquirir una póliza Medigap o sería mejor que elegir la cobertura de COBRA. Vea las páginas 93–95 para obtener los números de teléfono.

Nota: Si tiene cobertura de COBRA cuando se inscribe en Medicare, dicha cobertura podría terminar. Su empleador tiene la opción de cancelar su cobertura de COBRA si usted se inscribe en Medicare después de haber elegido la cobertura de COBRA.

La Parte B y la cobertura de salud grupal

Si tiene la Parte B de Medicare y la abandona porque usted o su cónyuge o familiar están trabajando y tienen seguro de salud grupal por su empleador o sindicato, puede inscribirse nuevamente en la Parte B durante el Período Especial de Inscripción. Asegúrese que la cobertura de su seguro de salud grupal haya comenzado antes de abandonar la Parte B. En este caso, el costo de la Parte B no subirá cuando vuelva a inscribirse. Recuerde, cuando abandona la Parte B, su cobertura terminará el último día del mes siguiente. Además, si abandona la Parte B después de los 65 años, no tendrá otro período abierto de inscripción a [Medigap](#) cuando se inscriba nuevamente en la Parte B (páginas 74–76).

La Parte B de Medicare ayuda a pagar los servicios que se necesiten por razones médicas:

Servicios médicos y otros: Servicios médicos (que no sean exámenes físicos de rutina)*, servicios de cirugía y ambulatorios, suministros, exámenes de diagnóstico, tarifas de centros de cirugía ambulatoria para procedimientos aprobados y equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores). También cubre segundas opiniones sobre cirugía y a veces terceras para aquellas cirugías que **no** sean una emergencia, cuidado mental para pacientes ambulatorios terapia física incluyendo terapia del habla. (Estos servicios también están cubiertos para los residentes a largo plazo en asilos de ancianos.)

Servicios clínicos de laboratorio: Análisis de sangre, análisis de orina, algunas evaluaciones y más.

Cuidado de salud en el hogar: Cuidado (limitado y razonable) de enfermería especializada necesaria a tiempo parcial, intermitente, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla (ordenada por su médico), servicios de auxiliar de salud en el hogar, servicios médicos sociales, equipo médico duradero (tal como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andaderas), y suministros médicos y otros servicios.

Servicios ambulatorios de hospital: Servicios de hospital y suministros recibidos en calidad de paciente ambulatorio, como parte del tratamiento médico.

Sangre: Pintas de sangre que usted recibe como paciente ambulatorio, o como parte de un servicio cubierto por la Parte B.

* Si su cobertura de la Parte B comienza el o después del 1 de enero de 2005, Medicare pagará por el llamado “Bienvenido a Medicare” que es un examen físico inicial por única vez que se realiza en los seis primeros meses de su inscripción en la Parte B.



Servicios preventivos que le ayudarán a mantenerse sano

Servicios Preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

Medición de masa ósea: Una cada 24 meses para quienes reúnen los requisitos y con mayor frecuencia si fuese necesario por razones médicas.

Quién tiene esta cobertura

Hable con su médico para ver si es elegible.

¡NUEVO!—Pruebas de sangre para evaluación cardiovascular: Hable con su médico sobre la frecuencia con la que puede hacerse estas pruebas. A partir del 1 de enero de 2005 estas pruebas incluyen: control de colesterol, lípidos, triglicéridos y otras para la detección temprana o identificación de riesgo de enfermedad cardiovascular. Al momento de la impresión del manual, aún no se había decidido la frecuencia con que estarían cubiertas estas pruebas.

Hable con su médico para ver si es elegible.

Examen de cáncer colorectal:

Prueba de sangre oculta en material fecal—Cada 12 meses.

Sigmoidoscopia flexible—Cada 48 meses.

Colonoscopia—Cada 24 meses si es una persona de alto riesgo de padecer cáncer colorectal. Si no es una persona de alto riesgo, una vez cada 10 años siempre que no sea dentro de los 48 meses de haberse practicado una sigmoidoscopia flexible.

Enema de bario—El médico puede utilizar esta técnica en vez de la sigmoidoscopia flexible o colonoscopia. Esta técnica está cubierta cada 24 meses si usted tiene riesgo alto de padecer de cáncer colorectal y de lo contrario cada 48 meses.

Todo beneficiario de Medicare de 50 años o más. **Nota:** No hay límite mínimo de edad para una colonoscopia.

Servicios preventivos que le ayudarán a mantenerse sano (continuación)

Servicios Preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

¡NUEVO!—Servicios para diabéticos:

Pruebas de diabetes—Hable con su médico sobre la frecuencia con la que puede hacerse estas pruebas. Incluyen: prueba en ayunas de glucosa en plasma. Al momento de la impresión del manual, aún no se había decidido la frecuencia con que estarían cubiertas estas pruebas.

Entrenamiento para autocontrol de la diabetes.

Quién tiene esta cobertura

A partir del 1 de enero de 2005, para ciertos beneficiarios de Medicare a riesgo de padecer de diabetes.

Ciertas personas con Medicare que presentan riesgo de complicaciones por diabetes, si así lo pide su médico u otro proveedor.

Examen de glaucoma:

Cada 12 meses. Debe ser realizado o supervisado por un oculista que esté habilitado legalmente para ofrecer este servicio en su estado.

Personas con Medicare en uno de los grupos siguientes, que presentan alto riesgo de glaucoma: personas con diabetes o historial familiar de glaucoma, o afroamericanos que tienen 50 años o más.

Examen Papanicoulau y pélvico: (Incluye un examen clínico de los senos):

Cada 24 meses. Una vez cada 12 meses si usted presenta un riesgo alto de padecer cáncer cervical o vaginal, o si usted está en edad de concebir y tuvo un examen Papanicoulau anormal en los últimos 36 meses.

Todas las mujeres inscritas en Medicare.



Sección 5: Lo básico del programa Medicare

Servicios preventivos que le ayudarán a mantenerse sano (continuación)

Servicios Preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

Examen para cáncer de próstata:

Examen dígito-rectal—Cada 12 meses.

Prueba de antígeno específico de próstata (PSA, por sus siglas en inglés)—Cada 12 meses.

Quién tiene esta cobertura

Todo beneficiario de Medicare de 50 años o más (la cobertura comienza el día siguiente después que cumple 50 años).

Mamografía:

Una cada 12 meses.

Medicare también cubre la tecnología digital para mamografías de evaluación.

Toda beneficiaria de Medicare de 40 años o más. Usted también puede hacerse una mamografía de base entre los 35 y 39 años.

Inyecciones (vacunas):

Vacuna contra la influenza/gripe*—Una vez al año en el otoño o el invierno.

Todo beneficiario de Medicare.

Vacuna contra la pulmonía neumococal—Posiblemente una en su vida sea suficiente. Pregúntele a su médico.

Todo beneficiario de Medicare.

Vacuna contra la Hepatitis B

Ciertos beneficiarios con mediano o alto riesgo de contraer Hepatitis B.

¡Nuevo!—"Bienvenido a Medicare"

Examen físico:

Una sola vez en los primeros seis meses de su inscripción en la Parte B. Incluye control de peso, altura, presión arterial, electrocardiograma (EKG), educación y consejería.

Para las personas que comienzan la cobertura de la Parte B en o después del 1 de enero del 2005.

* ¿Porqué debo aplicarme la vacuna contra la influenza/gripe cada año?

La gripe es una enfermedad seria que puede derivar en pulmonía. Puede ser muy peligrosa para las personas de 65 años o más y para las personas de cualquier edad con ciertos problemas de salud crónicos. Usted necesita vacunarse contra la gripe cada año porque el virus de la gripe siempre cambia. La vacuna se actualiza cada año para el virus de la gripe actual. Además, la vacuna contra la gripe sólo lo protege por un año. Es posible que aún aplicándose la vacuna contraiga gripe pero será más leve.

Otros servicios y suministros

El cuadro a continuación y en las páginas 30–33 menciona los servicios y artículos que están cubiertos por Medicare. Si algún servicio o suministro no aparece en la lista, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre los mismos. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede ir al sitio Web www.medicare.gov y seleccionar “Su cobertura de Medicare”.

Algunos servicios o suministros del cuadro se mencionarán en detalle en otras publicaciones. Para una lista de publicaciones y cómo obtenerlas, vea las páginas 83–84.

Importante: Estos servicios y suministros están cubiertos en cualquier plan de Medicare que usted tenga. La cantidad que paga Medicare por los servicios y suministros depende del tipo de plan que tenga (página 36).

Servicio o suministro	Lo que cubre Medicare
Servicios de ambulancia	Medicare cubre servicios de ambulancia cuando debe ser trasladado por razones médicas, a un hospital o centro de enfermería especializada y el traslado en otro vehículo pudiera poner en peligro su salud. Medicare paga por las millas en ambulancia hasta el hospital o centro de enfermería especializada más cercano que brinde los servicios que usted necesita.
Servicios quiroprácticos	Manipulación de la espina dorsal para corregir una luxación (cuando una o más vértebras salen de su lugar).
Pruebas clínicas	Medicare paga los costos de rutina si usted participa en una prueba clínica calificada. Las pruebas clínicas ensayan nuevos tipos de cuidado como por ejemplo qué resultado da una nueva medicina para tratar el cáncer. Las pruebas clínicas ayudan a los médicos e investigadores a comprobar si el nuevo tratamiento funciona y si es seguro para el paciente. Averigüe cuáles son los costos que debe pagar antes de inscribirse para una prueba clínica. Nota: Medicare no cubre los costos por cuidado experimental como medicamentos y suministros que están siendo probados en las pruebas clínicas.

Otros servicios y suministros (continuación)

Servicio o suministro	Lo que cubre Medicare
Servicios dentales	<p>Medicare no cubre el servicio dental de rutina o la mayoría de los tratamientos dentales tales como limpieza, curaciones, extracciones o dentaduras postizas. En raras ocasiones, la Parte B de Medicare pagará por ciertos servicios dentales. La Parte A de Medicare pagará por ciertos servicios dentales complicados que se realicen mientras está en el hospital, aún cuando el cuidado dental no esté cubierto. Algunos planes Medicare Advantage podrían ofrecer cobertura dental adicional.</p>
Suministros para diabéticos	<p>Medicare cubre monitores de glucosa, tiras de prueba de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas, soluciones para control de glucosa y zapatos terapéuticos (en algunos casos). Puede que haya límites en los suministros o en la frecuencia con que los puede recibir. Pregunte si su farmacia o proveedor participa del programa Medicare (página 52).</p> <p>Nota: La insulina o las jeringas no están cubiertas (a menos que se usen con una bomba de insulina).</p>
Atención en la sala de emergencias (Una emergencia médica ocurre cuando usted cree que su salud está en serio peligro—cuando cada segundo cuenta. Usted podría tener una lesión grave, una enfermedad repentina, o una condición que se agrava rápidamente.	<p>Medicare cubre los servicios que usted recibe en la sala de emergencias.</p>

Otros servicios y suministros (continuación)

Servicio o suministro	Lo que cubre Medicare
Anteojos	Un par de marcos estándar con lentes intraoculares después de una cirugía de cataratas.
Exámenes de los pies	Si tiene una condición del nervio relacionada con la diabetes y reúne ciertas condiciones.
Exámenes de equilibrio y del oído	Estos exámenes están cubiertos si los pide su médico para diagnosticar si necesita tratamiento. Los exámenes de rutina no están cubiertos.
Servicios de diálisis renal	Diálisis renal y servicios y suministros en un centro o en el hogar.
Cuidado a largo plazo	<p>La mayoría del cuidado de salud a largo plazo en un asilo de ancianos o en el hogar, es cuidado de custodia (ayuda con las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, usar el baño y comer). Medicare no cubre este tipo de cuidado porque no cubre el cuidado de custodia.</p> <p>La Parte A de Medicare sólo cubre cuidado especializado cuando se brinda en el hogar o en un centro de enfermería especializada certificado. Usted debe cumplir con ciertos requisitos para que Medicare pague por cuidado especializado cuando ha salido del hospital.</p>
Servicios de terapia de nutrición	Estos servicios están cubiertos para los pacientes con diabetes o enfermedad renal (a menos que estén en diálisis) y deben ser referidos por un médico. Los servicios de nutrición están cubiertos por tres años después de un trasplante de riñón.

Otros servicios y suministros (continuación)

Servicio o suministro	Lo que cubre Medicare
Equipo médico duradero	Oxígeno, sillas de ruedas, andadores, y algunas camas de hospital para uso en el hogar.
Cuidado de salud mental	La Parte A de Medicare cubre el cuidado de salud mental para paciente interno, incluyendo la habitación, comidas, enfermería y otros servicios y suministros relacionados. La Parte B de Medicare cubre los servicios de salud mental brindados fuera del hospital, incluyendo visitas médicas, psicólogo clínico, asistente social y pruebas de laboratorio. La Parte B también cubre la hospitalización parcial para los pacientes que necesitan una coordinación amplia de los servicios ambulatorios para evitar internarlos.
Servicios profesionales	Son los servicios brindados por asistentes sociales, asistentes médicos y enfermeras practicantes.
Medicamentos recetados	<p>El plan Original Medicare no cubre las medicinas recetadas a excepción de ciertos casos como las medicinas para el cáncer. Si usted es elegible para las medicinas que están cubiertas, debe averiguar si su farmacia está inscrita en el programa Medicare (página 52). Si la farmacia no está inscrita, Medicare no pagará por las medicinas.</p> <p>Nota: La nueva cobertura de recetas médicas de Medicare comenzará el 1 de enero de 2006. Las tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare ya están disponibles. Para más información consulte las páginas 7–15.</p>

Otros servicios y suministros (continuación)

Servicio o suministro	Lo que cubre Medicare
Prótesis/Aparatos ortopédicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Brazos, piernas, soportes para cuello y espalda ■ Ojos artificiales ■ Miembros artificiales (y sus repuestos) ■ Prótesis de seno (después de una mastectomía) ■ Prótesis para reemplazar funciones o partes internas del cuerpo (incluidas las bolsas de ostomía). <p>Nota: Estos suministros son considerados equipo médico duradero.</p>
Segunda opinión antes de una cirugía	Segunda opinión de un médico (en algunos casos). A veces, una tercera opinión podría estar cubierta.
Vendas y suministros quirúrgicos	Vendas para el tratamiento de heridas.
Telemedicina	Servicios en ciertas áreas rurales.
Pruebas	Rayos-X, MRI, CT scans, EKG y otras pruebas de diagnóstico si fueran necesarias por razones médicas .
Trasplantes	Trasplantes de corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino e hígado (en ciertos casos y sólo en centros certificados por Medicare), trasplantes de médula y de córnea (en ciertas circunstancias). Medicamentos inmunosupresores por vía oral si el trasplante fue pagado por Medicare o por el plan de salud de su empleador que tuvo que pagar antes que Medicare. Usted tiene que haber sido elegible para la Parte A cuando se hizo el trasplante y para la Parte B cuando recibió los medicamentos y además el trasplante se debe haber realizado en un centro certificado por Medicare.
Viajes (fuera de los Estados Unidos)	Excepto los servicios de emergencia en México y Canadá, el plan Original de Medicare no cubre la atención médica cuando usted viaja al extranjero. Algunos planes Medicare Advantage , pólizas Medigap y de la Junta Ferroviaria de Retiro podrían tener normas diferentes. Pregunte sobre su cobertura de salud antes de viajar fuera de los EE.UU.
Cuidado urgente (atención que necesita por una condición repentina o herida que no constituye una emergencia médica.)	La Parte B de Medicare cubre la atención urgente.

Si su médico no acepta Medicare

Algunos médicos no aceptan los pagos de Medicare. Si usted desea atenderse con un médico que no acepta los pagos de Medicare, quizá le pida que firme un contrato privado. Este es un acuerdo por escrito entre usted y su médico que ha decidido no brindar sus servicios a través del programa Medicare. El contrato privado solo se aplica a los servicios que usted obtiene del proveedor (doctor, dentista, oftalmólogo o podólogo) con quien firmó el contrato. No le pueden pedir que firme un contrato privado en una situación de emergencia o de atención urgente.

Si usted firma un contrato privado con su médico:

- Tendrá que pagar lo que le cobre el médico o proveedor por los servicios que usted reciba. El **cargo límite** de Medicare no se aplica en este caso.
- No deberían enviar reclamos a Medicare dado que Medicare no pagará esas facturas.
- Su **póliza Medigap**, si es que la tiene, no pagará nada por este servicio.
- Los planes de salud Medicare no pagarán por los servicios que haya recibido.
- Su médico debe informarle si Medicare hubiese pagado por ese servicio si lo recibiera de otro médico que participa en Medicare.
- Su médico debe informarle si decidió no participar o si ha sido excluido del programa Medicare.

Sería conveniente que se comunique con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** antes de firmar un contrato privado (el número de teléfono está en las páginas 93-95).

Sección

6

La Ley de Modernización de Medicare del 2003 le brinda más opciones para recibir su cuidado a través de Medicare. Así como las opciones que tienen los trabajadores estadounidenses para elegir sus servicios de salud, Medicare le brinda opciones para sus necesidades de salud individuales.

Lo que debe tener en cuenta durante su elección:

- **Costo**—Lo que paga de su bolsillo.
- **Beneficios**—Beneficios adicionales y servicios tales como examen de la vista o aparatos de asistencia auditiva que podrían estar cubiertos.
- **Opción de médico**—¿Puede consultar al médico que quiera? ¿Necesita ser referido por su médico de cabecera para ver a un especialista?
- **Conveniencia**—¿Dónde están ubicados los consultorios médicos, y cuáles son sus horarios? ¿Hay que llenar formularios?
- **Calidad del cuidado**—Todos los planes deben cumplir con los estándares de calidad. Medicare mide la calidad de atención que la gente como usted recibe de muchos planes de Medicare.

Esta información sobre calidad está disponible en www.medicare.gov en Internet. Seleccione la herramienta “Búsqueda Personalizada de Planes Medicare”, una vez que tiene la información sobre los planes, seleccione “Calidad” en la parte superior de la página o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida más información sobre la calidad de planes de salud. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recuerde, las palabras en azul se definen en las páginas 85–88.

Estos factores son todos importantes pero puede que para usted algunos sean más importantes que otros. Busque los planes disponibles en su área y lo que ofrece cada plan. Después tome la decisión que más le convenga.

Opciones de planes de salud en el 2005

Plan Original de Medicare—El plan tradicional de Medicare de pago por servicio está disponible en todo el país. Usted puede consultar a cualquier médico o proveedor. No necesita ser referido para ver un especialista. Para más información sobre el [plan Original de Medicare](#) y los costos, vea las páginas 39–52.

El plan Original de Medicare cubre la mayoría de los servicios y suministros, pero no los cubre todos. Si desea cobertura adicional puede comprar una [póliza Medigap](#) (seguro suplementario a Medicare) (páginas 74–76), o puede elegir un [plan Medicare Advantage](#) (ver a continuación).

Planes Medicare Advantage—Medicare Advantage es el nuevo nombre de los planes Medicare + Opción. Estos planes están disponibles en muchas zonas del país. Usted debe tener las Partes A y B de Medicare para inscribirse en uno de estos planes. Usted podría pagar copagos más bajos y obtener beneficios extras como días adicionales en el hospital. Para más información sobre cómo funcionan y los costos, vea la explicación siguiente.

Los Planes Medicare Advantage incluyen:

- **Planes de salud administrados (páginas 55–56)**—Usted debe consultar a los médicos de la red del plan. Su médico de cuidado primario coordina su atención. Necesita ser referido para la mayoría de los servicios y para ver un médico fuera de la red.
- **Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO por sus siglas en inglés) (página 56)**—Usted puede consultar a cualquier médico pero le costará menos si consulta a un médico de la red. No necesita ser referido.
- **Planes Privados de Pago por Servicio (página 57)**—Usted puede consultar a cualquier médico que acepte el pago del plan. No necesita ser referido.
- **Planes de Especialidades (página 57)**—Un tipo de plan especial que brinda cuidado médico específico para un grupo de beneficiarios específico.

Sus opciones podrían ser distintas si usted tiene [Medicaid](#) (página 79), cobertura a través de su empleador o sindicato (página 73), beneficios de veteranos o retirados militares (página 77) o Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia renal permanente) (página 61).

Ya sea que consiga su cobertura de salud del plan Original Medicare o de un plan Medicare Advantage, usted siempre estará en el programa Medicare.

El [plan Original de Medicare](#) y los [planes Medicare Advantage](#) son parte del programa Medicare. No importa cómo escoja recibir su cobertura de cuidado de salud:

- Medicare paga la mayoría de los servicios y suministros pero no por todos.
- Usted recibe por lo menos todos los servicios cubiertos por la Parte A que aparecen en la página 41.
- Si paga la [prima](#) mensual de la Parte B (\$66.60 en el 2004), usted recibe por lo menos todos los servicios cubiertos por la Parte B que se listan en las páginas 42–43.

Recuerde, usted debe tener las Partes A y B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para más información que lo ayude en su elección:

- Averigüe cómo funciona cada plan (páginas 55–57).
- Averigüe cuáles son los planes disponibles en su área (vaya a www.medicare.gov y seleccione “Búsqueda personalizada de planes Medicare” en la página 38).
- Obtenga información sobre la [calidad](#) de los planes de su área (página 35).
- Averigüe sobre otros tipos de cobertura como [pólizas Medigap](#) (seguro suplementario a Medicare), cobertura a través de su empleador, sindicato o estado, programas especiales y cobertura de veteranos y de militares retirados. (páginas 73–80).

Decida qué es lo importante para usted y luego elija. Si está conforme con su cobertura actual no debe cambiarla.

Medicare le brinda ayuda paso a paso para elegir el plan de salud que le conviene más en la Web o por teléfono (vea la página siguiente).

Ayuda para escoger el plan de salud apropiado para usted

Escoger la cobertura de salud correcta, es una decisión importante, pero a veces, difícil. La herramienta de “Búsqueda personalizada de planes Medicare” lo ayuda a reducir sus opciones de plan de salud de Medicare y a escoger el plan que es el mejor para usted. También puede obtener información importante sobre programas especiales que podrían ayudarlo a pagar los costos de cuidado de salud que Medicare no cubre.

Puede conseguir información personalizada de dos maneras:

1. Visite www.medicare.gov en Internet para conseguir los resultados más rápidos y seleccione la herramienta de “Búsqueda personalizada de planes Medicare”.
2. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Siga las instrucciones para hablar con un representante de servicio al cliente que lo ayudará con la herramienta de “Búsqueda personalizada de planes Medicare”. Recibirá los resultados por correo en tres semanas.

Cuando utilice la “Búsqueda personalizada de planes Medicare”, recibirá un resumen personalizado con información general que lo ayudará a comparar los planes en su área. También puede recibir información detallada sobre todos los planes disponibles en su área, o sólo sobre los que más le interesan.

Tendrá que responder algunas preguntas sencillas como:

- ¿Tiene la Parte A y/o B de Medicare?
- ¿Tiene más de 65 años?
- ¿Tiene otro seguro médico?
- ¿Cuál es su código postal?

Si quiere información sobre programas que pueden ayudarlo a cubrir sus gastos de salud, tendrá que responder a algunas preguntas sobre sus ingresos y sus recursos. Toda información que proporcione será mantenida en total confidencialidad.

Si necesita más ayuda para elegir su plan Medicare, llame al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) (el número de teléfono aparece en las páginas 93-95). Puede obtener ayuda en persona o por teléfono.

Sección

¿Qué es el plan Original Medicare?

El **plan Original Medicare** es un plan de “pago por servicio”. Significa que, por lo general, se le cobra una tarifa por cada servicio o suministro de salud que reciba. Este plan, administrado por el gobierno federal, está disponible en todo el país. Si usted está en el plan Original Medicare, utiliza su tarjeta blanca, azul, y roja cuando recibe servicios de salud (vea la tarjeta de ejemplo que aparece en la página 18). Si está contento recibiendo su atención médica de esta manera, no tiene que cambiarse a otro plan de Medicare. Permanecerá en el plan Original Medicare a menos que escoja ingresar a otro tipo de plan de Medicare.

¿Cómo funciona el plan Original de Medicare?

- Puede atenderse con cualquier médico, especialista que acepte Medicare y que en ese momento esté aceptando nuevos pacientes de Medicare o a cualquier hospital o centro de atención. Generalmente se le cobra una tarifa cada vez que recibe un servicio.
- Si tiene la Parte A de Medicare, recibirá todos los servicios cubiertos por la Parte A mencionados en la página 41.
- Si paga la **prima** mensual de la Parte B (\$66.60 en el 2004), recibirá todos los servicios cubiertos por la Parte B mencionados en las páginas 42–43.
- 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**).
- Después de haber recibido un servicio de salud, recibirá por correo un Resumen de Medicare (páginas 46–49). Este resumen es enviado por la compañía que hace la facturación para Medicare. El resumen muestra la cantidad que se le puede facturar.

Recuerde, las palabras en azul se definen en las páginas 85–88.

Sus costos en el plan Original Medicare

Los gastos directos de su bolsillo dependerán de:

- Si tiene las Partes A y B de Medicare (la mayoría de los beneficiarios tienen las dos).
- Si su médico o proveedor acepta la asignación (página 52).
- 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.

Nota: En la mayoría de los casos, Medicare no paga por los servicios que reciba mientras viaja fuera del país (página 33).

Los cuadros de las páginas siguientes le muestran lo que usted paga con el plan Original Medicare. Para más información sobre estos servicios cubiertos, vea la página 19 para la Parte A y las páginas 25–33 para la Parte B.

Si desea información sobre ayuda para cubrir los costos que el plan Original Medicare no cubre consulte las páginas 73–80.

La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) ayuda a pagar:

Estadías en el hospital

Lo que USTED paga en el plan Original Medicare

(Las cantidades a continuación son para el 2004 y podrían cambiar el 1 de enero de 2005. Para más información sobre cobertura, consulta la página 19.)

Por cada período de beneficios USTED paga:

- Un total de \$876 por una estadía de hospital de 1–60 días.
- \$219 por día de 61–90 días de una estadía de hospital.
- \$438 por día de 91–150 días de una estadía de hospital. (Ver “días de reserva” en la página 86.)
- Todo costo para cada día por encima de los 150 días.

Si tiene preguntas sobre la calidad del servicio en los hospitales, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Cuidado en un centro de enfermería especializada

(SNF, por sus siglas en inglés.) Vea la página 83 para pedir una publicación gratuita con más información.

Por cada período de beneficios USTED paga:

- Nada por los primeros 20 días.
- Hasta \$109.50 por día de 21–100 días.
- Todo costo por encima del día 100 en el período de beneficios.

Si tiene preguntas sobre cuidado SNF y las condiciones de la cobertura, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Cuidado de salud en el hogar

Vea la página 83 para pedir una publicación gratuita con más información.

USTED paga:

- Nada por los servicios aprobados por Medicare.
- El 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para equipo médico duradero.

Si tiene preguntas sobre sus servicios de cuidado de salud en el hogar y las condiciones de cobertura, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Cuidado de hospicio

Vea la página 83 para pedir una publicación gratuita con más información.

USTED paga: Un **copago** de hasta \$5 por medicinas recetadas para pacientes ambulatorios, y el 5% de la **cantidad aprobada por Medicare** para cuidado de relevo de paciente interno (cuidado a corto plazo que se le brinda a un paciente de hospicio, para que descanse el cuidador de costumbre). La cantidad que debe pagar por cuidado de relevo puede cambiar de año en año. Por lo general, Medicare no paga por la comida y habitación, excepto en ciertos casos. Por ejemplo, la comida y la habitación no se cubren si usted recibe servicios generales de hospicio mientras que reside en un asilo de ancianos o en un hospicio. Sin embargo, éstos si quedan cubiertos para cuidado de relevo de paciente interno y durante estadías en el hospital de corto plazo, si tiene preguntas llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sangre

USTED paga: Por las primeras 3 pintas de sangre, a menos que usted o alguna otra persona done sangre para reponer la que usted usa.

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) ayuda a pagar:

Lo que USTED paga en el plan Original de Medicare (Para más información sobre cobertura, consulte las páginas 25–33.)

Servicios médicos y otros

Cada año, USTED paga:

- **Deducible** de \$110 (en el 2005) (se paga sólo una vez por año). Esta cantidad puede cambiar cada año.
- El 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** después del **deducible**. (Si el médico o proveedor acepta la “asignación”, página 52.)
- El 20% de todo servicio ambulatorio de terapia física, ocupacional y del habla.
- El 50% por la mayoría de los servicios ambulatorios de salud mental.

Servicios clínicos de laboratorio

USTED **NO PAGA** por servicios aprobados por Medicare.

Cuidado de salud en el hogar

USTED Paga:

Vea la página 83 para detalles sobre cómo conseguir un manual gratuito con más información.

- Nada por servicios aprobados por Medicare.
- EL 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para equipo médico duradero.

Si tiene preguntas sobre el cuidado de salud en el hogar y las condiciones de cobertura, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Servicios de hospital para pacientes ambulatorios

USTED paga un **coseguro** o **copago**, que puede variar según el servicio.

Vea la página 83 para detalles sobre cómo conseguir un manual gratuito con más información.

Sangre

USTED paga las primeras 3 pintas de sangre, y 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por pintas adicionales de sangre (después del **deducible**), a menos que usted o alguna otra persona done sangre para reponer la que usted usa.

Nota: La cantidad que usted pague puede ser mayor si su médico o proveedor no acepta la asignación, y **quizá deba pagar el total de la cuenta cuando recibe el servicio**. Posteriormente, Medicare le enviará la parte que le corresponde pagar (página 52).

Si tiene preguntas sobre la Parte B de Medicare, el equipo médico duradero incluyendo suministros para diabéticos, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

Lo que USTED paga en el plan Original de Medicare

(Si desea más información sobre la cobertura, ver las páginas 26–28. Para obtener una publicación gratuita, consulte la página 83.)

Prueba de densidad de masa ósea

El 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** (o una cantidad de **copago**) después del **deducible** anual de la Parte B.

Análisis de sangre para evaluación cardiovascular

No se aplica un **coseguro** o **deducible** de la Parte B para los exámenes de laboratorio. Para todos los otros exámenes, el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** después de pagar el deducible anual de la Parte B.

Examen de cáncer colorectal

Nada por exámenes de sangre oculta en materia fecal (FOBT). Para cualquier otro examen, el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** después del **deducible** anual Parte B. Para la sigmoidoscopia flexible o colonoscopia, usted paga el 25% de la cantidad aprobada por Medicare si el examen se hace en el departamento ambulatorio de un hospital.

Servicios de diabetes

No se aplica un **coseguro** o **deducible** de la Parte B para los exámenes de laboratorio. Para todos los otros exámenes, 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** después del deducible anual de la Parte B.

Examen de glaucoma

El 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** después del **deducible** anual de la Parte B.

Examen Papanicoulau y examen pélvico (incluye examen clínico de los senos)

Nada por el examen Papanicoulau. Para la recolección de la muestra del Papanicoulau y exámenes pélvicos y de los senos, 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** (o una cantidad de **copago**) sin **deducible** anual Parte B.

Examen para cáncer de la próstata

Generalmente, el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por un examen digital rectal después del **deducible** anual de la Parte B. No hay **coseguro** y no hay deducible Parte B para el examen de Antígeno Específico de Próstata (PSA por las siglas en inglés).

Mamografía

El 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** sin **deducible** anual por la Parte B.

Inyecciones (vacunas)

Nada por vacunas contra la gripe y la pulmonía si el proveedor acepta la asignación (página 52). Para las vacunas contra Hepatitis B, 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** (o una cantidad de **copago**) después del **deducible** anual de la Parte B.

“Bienvenidos a Medicare” Examen físico

El 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** después del **deducible** anual de la Parte B.

Lo que no pagan las Partes A y B del plan Original de Medicare

El [plan Original de Medicare](#) no cubre todo. Los suministros y servicios que no están cubiertos incluyen pero no se limitan a:

- Acupuntura.
- [Deducibles](#), [coseguro](#), o [copagos](#) cuando usted recibe servicios de salud (ver “Lo que USTED paga” en los cuadros de las páginas 41–43).
- Servicio dental y dientes postizos (salvo algunas excepciones).
- Cirugía cosmética/estética.
- [Cuidado de custodia](#) (ayuda para bañarse, vestirse, ir al baño, y comer) en el hogar o en un asilo de ancianos.
- Servicios médicos que usted reciba mientras viaja fuera del país (con la excepción de casos limitados).
- Audífonos y exámenes del oído para colocar los aparatos auditivos.
- Exámenes auditivos no solicitados por su médico.
- [Cuidado a largo plazo](#), como el cuidado de custodia en un asilo de ancianos.
- Zapatos ortopédicos (con algunas excepciones).
- Medicinas recetadas para pacientes ambulatorios (con sólo unas pocas excepciones).
- Cuidado rutinario de los pies (con muy pocas excepciones).
- Cuidado rutinario de los ojos y la mayoría de los anteojos (ver página 31).
- Exámenes físicos de rutina o anuales (Si su cobertura de la Parte B comienza el o a partir del 1 de enero de 2005, Medicare pagará por un único examen físico a realizarse en los primeros seis meses de su inscripción en la Parte B).
- Evaluaciones de tamizaje (“screening”), con excepción de las que se detallan en las páginas 26–28.
- Inyecciones (vacunas), con excepción de los que se detallan en la página 28.
- Algunos suministros para diabéticos (como jeringas o insulina, a menos que sean usados con una bomba de insulina).

Vea las páginas 73–80 para información sobre la ayuda para pagar por los costos que no cubre el plan Original de Medicare.

¿Cómo se pagan mis cuentas en el plan Original de Medicare?

Para los servicios de la Parte A y ciertos servicios de la Parte B:

El proveedor de los servicios cubiertos, como un hospital o agencia de salud en el hogar, envía un reclamo a su [Intermediario Fiscal](#) o a su [Intermediario Regional de la Salud en el Hogar](#).

Para los servicios y suministros de la Parte B:

El proveedor del servicio cubierto le envía un reclamo a su [Empresa de Seguros Medicare](#), o a su [Empresa Regional de Equipo Médico Duradero](#).

Usted recibe un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) por los servicios de las Parte A y B de Medicare. El MSN enumera todos los servicios o suministros que se facturaron a Medicare en ese mes (30 días). Revise este resumen para asegurarse de que recibió todos los servicios, suministros médicos, o equipo por los cuales se está cobrando a Medicare. El MSN no es una factura/cuenta. NO envíe dinero a Medicare o al proveedor hasta que reciba su cuenta.

- ¿Tiene preguntas sobre lo que se cobra? Llame al proveedor del servicio o suministro.
- ¿Cree que el servicio que recibió debería ser cubierto? Puede presentar una [apelación](#) (página 65).
- ¿Sospecha que el proveedor está siendo deshonesto? Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.


¿Qué es el resumen electrónico de Medicare (e-MSN)?

Medicare está probando un nuevo servicio en ciertas zonas. El resumen electrónico de Medicare (e-MSN) es una manera simple y cómoda de obtener una copia de sus resúmenes Medicare. Usted puede revisar dichos resúmenes en el sitio Web e imprimir una copia desde su propia computadora, las 24 horas del día, los siete días de la semana. El e-MSN **no** reemplaza al resumen impreso que se envía por correo cada mes cuando se procesa un reclamo. Usted recibirá igualmente su copia por correo.

Este servicio se está implementando en algunas zonas para ver si da resultado antes que Medicare lo haga accesible a todas los beneficiarios de Medicare. Para averiguar si los e-MSN están disponibles en su área, vaya a www.medicare.gov en Internet. Seleccione “Preguntas frecuentes” y busque el “e-MSN”.

Cómo leer el Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés)

A continuación encontrará una ejemplo del resumen Medicare de servicios de la Parte B y cómo leerlo. También puede obtener un MSN por servicios de la Parte A y por equipo médico duradero.



Resumen Medicare

EJEMPLO

1 — 16 de junio, 2005

Nombre — **4**
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal

Información de Servicio al Cliente — **2**

3 Su Número Medicare: 111-11-1111-A

Si tiene preguntas, llame o escriba a:
 Medicare
 555 Medicare Blvd.
 Suite 200
 Medicare Building
 Medicare, US XXXXX-XXXX

Llame: 1-800-MEDICARE: (1-800-663-4227)
 Pregunte por servicios médicos
 Usuarios de TTY: deben llamar al 1-877-486-2048.

5
Infórmese: Proteja su número Medicare como lo haría con su tarjeta de crédito.

6 Este es un resumen de reclamaciones procesadas del 5/15/05 al 6/15/05.

SEGURO MÉDICO PARTE B - RECLAMACIONES ASIGNADAS

Fechas de servicios	Servicios brindados	Cantidad cobrada	Aprobado por Medicare	Medicare pagó al proveedor	Cantidad que podrían cobrarle	Ver la sección de notas
Número de reclamación 12345-84956-84556 — 7						10
	Nombre del médico, dirección, ciudad, estado, código postal — 8		11	12	13	14
		\$55.00	\$44.35	\$0.00	\$44.35	a
04/07/05 — 9	1 Consultorio/Visita ambulatoria ES (99214) — 15					b

ESTA NO ES UNA CUENTA - Guarde este aviso para sus archivos.

Vea la página 48 para el resto del Resumen de Medicare.

Vea la página siguiente para una explicación de los puntos 1–15.

Explicación de los puntos numerados en el resumen de Medicare (MSN)

- 1. Fecha:** En que se envió el MSN.
- 2. Información de Servicio al Cliente:** A quién acudir si tiene preguntas sobre el MSN. Para cualquier pregunta, incluya su número de Medicare (3), la fecha del aviso (1), y la fecha específica del servicio sobre el cual usted tiene preguntas (9).
- 3. Número de Medicare:** Debe ser el mismo que el de su tarjeta de Medicare.
- 4. Nombre y Dirección:** Si están incorrectos en su MSN, por favor llame inmediatamente a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Si recibe beneficios de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB, por sus siglas en inglés), llame a la oficina local de RRB o al 1-800-808-0772.
- 5. Infórmese:** Mensajes para conseguir información sobre cómo protegerse y proteger a Medicare contra el fraude y el abuso.
- 6. Seguro Médico Parte B—Reclamos Asignados:** Tipo de servicio. Revise la parte de atrás de su MSN para información sobre la asignación. (Nota: Para servicios no asignados, la sección se titula “Seguro Médico Parte B—Reclamos no asignados”.)
- 7. Número de reclamación:** El número que identifica este reclamo específico.
- 8. Nombre y dirección del proveedor:** Nombre y dirección del médico (clínica, grupo o médico que lo ha referido) o proveedor.
- 9. Fechas del servicio:** Fecha en la que recibió el servicio o suministro. Puede utilizar estas fechas para comparar las fechas de las facturas que le envía su médico.
- 10. Cantidad cobrada:** La cantidad cobrada a Medicare por el servicio o suministro.
- 11. Aprobado por Medicare:** Cantidad aprobada por Medicare para ese servicio o suministro.
- 12. Medicare pagó al proveedor:** La cantidad que Medicare pagó al proveedor. (Nota: Para los servicios no asignados, la columna se titula “Medicare le Paga a Usted”.)
- 13. Cantidad que podrían cobrarle:** Cantidad total que el proveedor podría cobrarle, incluyendo deducibles, coseguro y cargos no cubiertos. Las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare), pueden pagar todo o parte de esta cantidad.
- 14. Observaciones:** Si aparece una letra, vaya al (16) para una explicación.
- 15. Servicios brindados:** Breve descripción del servicio o suministro recibido.



Sección 7: El plan Original de Medicare

Resumen de Medicare (continuación)

Notas: — 16

- a Esta información será enviada a su(s) empresa(s) de seguros privada(s). Envíeles cualquier pregunta que tenga respecto a sus beneficios.
- b Esta cantidad aprobada fue aplicada al deducible.

Información sobre el deducible: —17

Usted ya ha pagado \$44.35 de su deducible de \$100 de la Parte B para el 2005.

Información general: —18

Por favor avísenos si ha cambiado su dirección, o si la misma está incorrecta tal y como consta en este aviso.

Información sobre apelaciones - Parte B — 19

Si está desacuerdo con la decisión sobre cualquier reclamación en este aviso, puede presentar una apelación hasta octubre de 2005.

Siga las instrucciones que aparecen a continuación:

- 1) Marque con un círculo todos los puntos con los cuales no está de acuerdo y explique por qué no está de acuerdo.
- 2) Envíe este aviso, o copia del mismo, a la dirección que consta en el casillero de “Servicio de Información al Cliente” en la Página 1. (También puede enviar cualquier información adicional sobre su apelación.)
- 3) Firme aquí _____ Número de teléfono (____) _____

Vea la página siguiente para una explicación de los puntos 16–19.

Explicación de los puntos numerados en la parte de atrás del resumen Medicare

- 16. Observaciones:** Explica las letras que aparecen en el número (14) para más información sobre su reclamo.
- 17. Información sobre el deducible:** Cuánto ha pagado de su deducible anual.
- 18. Información general:** Noticias e información importante sobre Medicare.
- 19. Información sobre apelaciones:** Cómo y cuándo pedir una apelación.

Nota: Consulte la parte de atrás de su resumen Medicare para información sobre cómo obtener ayuda con su apelación.

Requisitos de facturación

Después de 1 del octubre del 2005, si Medicare contrata alguna compañía nueva para procesar los reclamos, las compañías serán conocidas como Contratistas Administrativos de Medicare (MACs), en lugar de [Intermediarios Fiscales \(FI\)](#), [Empresas de Seguros de Medicare](#), [Empresas de Seguros Regionales de Equipo Médico Duradero \(DMERC\)](#), o [Intermediarios Regionales de Cuidado de Salud en el Hogar \(RHHI\)](#).

En la mayoría de los casos, los médicos, proveedores y suministradores deben enviar los reclamos electrónicamente a una de estas compañías por servicios y suministros cubiertos por Medicare. Si Medicare rechaza un reclamo por no haber sido enviado electrónicamente, el médico, proveedor o suministrador no pueden cobrarle a usted por estos servicios o suministros. Si le mandan una cuenta, usted debe:

1. Llamar a su médico o proveedor directamente y pedirle que envíe el reclamo a Medicare electrónicamente.
2. Llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si su médico o proveedor aún sigue sin enviar el reclamo electrónicamente después que usted ya le haya solicitado que lo haga. Su empresa de seguros Medicare (MAC) se encargará de comunicarse con su médico o proveedor para recordarle que es él quien debe enviar los reclamos a Medicare.

Importante: Hay un límite de tiempo para enviar un reclamo. Si el reclamo no se ha enviado dentro de ese período, Medicare no pagará su parte. El límite de tiempo puede ser de 15 meses a 27 meses dependiendo de cuándo haya recibido el servicio o suministro. Usted puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y preguntar cuál es el límite de tiempo para que su médico o proveedor presente el reclamo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo decide Medicare cuáles son los servicios cubiertos?

Medicare toma una decisión sobre qué servicios o equipo médico están o no cubiertos después de revisar la información sobre la eficacia de los equipos o servicios para mejorar la salud de los pacientes o el tratamiento de un problema de salud. Si Medicare toma una decisión que se aplica a todos los beneficiarios de Medicare, se conoce como “Determinación Nacional de Cobertura”. Usted puede obtener una lista de todas las determinaciones de Medicare que se tomaron el último año. Medicare también le informará cómo obtener información sobre cada determinación. Para ver todas las determinaciones nacionales de cobertura, visite www.cms.hhs.gov/mcd en la Web.

¿Cómo decide Medicare cuáles son los servicios cubiertos? (continuación)

Si no hubiese una determinación nacional de cobertura para un determinado servicio o suministro, el [Intermediario Fiscal](#), [Empresa de Seguros](#), o Contratista Administrativo de Medicare reglamentarán la forma en que se revisen los reclamos en su área. Estas reglas también se utilizarán para decidir si se paga o no un reclamo. Las reglamentaciones locales no pueden estar en desacuerdo con las determinaciones nacionales de cobertura. Sin embargo, pueden ser distintas de una zona a otra. Estas reglamentaciones son conocidas como “Políticas Médicas Locales (LMRP por sus siglas en inglés)”. Puede buscar en la Internet en www.medicare.gov si existe alguna LMRP para un servicio o suministro específico o una determinación de cobertura local. Seleccione “Su Cobertura Medicare” y el servicio o suministro que necesita. Para ver todas las determinaciones locales de cobertura o las políticas médicas locales vaya a www.cms.hhs.gov/mcd en Internet. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener esta información. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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. Los seguros que usted pueda tener que paguen primero incluyen: seguro de grupo de empleador con ciertos requisitos, seguro sin parte culpable, seguro de responsabilidad, beneficios de mineros, seguro de accidente de trabajo. En la mayoría de los casos estos seguros deben pagar primero.

En algunos casos, si el seguro que tiene que pagar primero no lo hace a tiempo (dentro de los 120 días), el plan Original de Medicare hace un pago “condicional”. El pago de Medicare es condicional porque debe ser reembolsado a Medicare cuando el pagador primario haga el pago.

Es importante que le avise a su médico que tiene otro seguro para que pueda enviar las facturas correctamente. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, 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, obtenga una copia gratis de *Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero* (Pub. CMS No. 02179-S). Consulte la página 83 para detalles sobre cómo obtener esta publicación.

¿Qué es la "asignación" en el plan Original de Medicare y por qué es importante?

La asignación es un acuerdo entre los beneficiarios de Medicare, sus médicos, proveedores y Medicare. El beneficiario de Medicare está de acuerdo en que su médico o proveedor solicite el pago directamente a Medicare, por los servicios cubiertos por la Parte B. Los médicos, proveedores que están de acuerdo (o que por ley deban estarlo) en aceptar la asignación no pueden cobrar más de las cantidades de **deducible** y **coseguro** de los beneficiarios de Medicare, sus otros seguros o cualquier otra persona.

Si no aceptan la asignación, pueden que le cobren más que la **cantidad aprobada por Medicare**. Para la mayoría de los servicios hay un límite en la cantidad que el médico o proveedor pueda cobrarle por encima de la cantidad aprobada por Medicare. La cantidad máxima que su médico o proveedor puede cobrarle por encima de la cantidad cubierta por Medicare, si no aceptan la asignación, se llama **cargo límite** y es un 15% más de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite sólo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a equipos o suministros. Además, es posible que deba pagar el total de la factura cuando reciba el servicio. Medicare luego le enviará la parte correspondiente cuando se procese el reclamo.

En algunos casos, sus proveedores de salud deben aceptar la asignación. Si usted tiene cobertura Medicare de medicinas recetadas y productos biológicos o suministros de un proveedor o farmacia que pertenecen al programa Medicare, la farmacia o el proveedor, deben aceptar la asignación.

Atención: Si usted recibe suministros o medicinas recetadas cubiertas por Medicare de un proveedor o farmacia que no pertenece al programa, **Medicare no pagará por ellos.**

Todos los médicos y proveedores deben enviar sus reclamos a Medicare. Todas las farmacias y suministradores de tiras para monitorear los niveles de glucosa en la sangre que participan en Medicare, deben presentar el reclamo y no pueden cobrarle por este servicio. Usted mismo no puede enviar el reclamo.

Si desea más información sobre la asignación, obtenga una copia gratis de *¿Acepta su Médico o Proveedor la Asignación?* (Pub. CMS No. 10134-S.) Consulte la página 83 para detalles sobre cómo obtener esta publicación. Para localizar a un médico o proveedor que participa en el programa Medicare, vaya a www.medicare.gov en Internet y seleccione "Directorio de médicos participantes" o "Directorio de proveedores". También puede obtener información llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección

8

¿Qué es Medicare Advantage?

Medicare Advantage es el nuevo nombre de los planes Medicare + Opción—y es más que un simple cambio de nombre. Medicare Advantage le brinda más opciones de cobertura y mejores beneficios.

¿Qué son los planes Medicare Advantage?

Son una de las opciones de planes de salud del programa Medicare. En un [plan Medicare Advantage](#) puede tener las opciones siguientes:

- **Planes de Salud Administrados** (páginas 55-56).
En la mayoría de estos planes, usted sólo puede atenderse con médicos, especialistas u hospitales de la lista del plan, también conocida como la “red” del plan. También tendrá que elegir un **médico de cabecera** y necesitará que lo **refieran** para ver a un **especialista**. Quizá tenga que pagar **copagos** más bajos y obtenga beneficios adicionales como cobertura de días adicionales en el hospital.
- **Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO)**, por sus siglas en inglés (página 56). En la mayoría de estos planes, usted debe atenderse con médicos, especialistas y hospitales de la “red” del plan. Usted puede atenderse con médicos, especialista y hospitales que no están en la lista del plan, pero puede costarle más caro. No necesita ser referido para ver a un especialista. Quizá tenga que pagar copagos más bajos y obtenga beneficios adicionales como cobertura de días adicionales en el hospital.
- **Planes Privados de Pago por Servicio** (página 57).
Si se inscribe en uno de estos planes puede atenderse con cualquier médico u hospital que acepte las condiciones de pago del plan. La compañía privada, en vez del programa Medicare, es la que decide cuánto pagará por un servicio y cuánto le corresponde pagar a usted. Puede que obtenga beneficios adicionales como cobertura de días extras en el hospital.
- **Planes de Especialidades** (página 57).
Estos planes brindan cuidado específico para algunas personas. Si usted se inscribe en uno de estos planes, recibirá todos los servicios de salud de Medicare y una atención especializada para tratar una enfermedad específica.

Recuerde, las palabras en azul se definen en las páginas 85–88.

¿Qué son los planes Medicare Advantage? (continuación)

Los planes Medicare Advantage están disponibles en muchas partes del país y son los que administran la cobertura de los beneficiarios. Medicare paga a estos planes privados una cantidad fija cada mes por sus servicios de salud. A cambio, el plan Medicare Advantage administra la cobertura de salud de los beneficiarios Medicare. Si hay planes Medicare Advantage en su área, y usted tiene las Partes A y B, puede inscribirse en uno de estos planes y obtener los beneficios cubiertos por Medicare, a través del plan (ver página 60).

Si usted ya está inscrito en un [plan de salud administrado](#) de Medicare y sólo tiene la Parte B, puede permanecer en su plan. Quizá también tenga que pagar una [prima](#) mensual por beneficios adicionales.

Nota: Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final, consulte la página 61. El plan podría tener normas especiales que deba seguir.

En el 2006, habrá nuevos planes regionales a disponibles a miembros de Medicare de la región en que estos planes prestarán servicios. Otros planes podrán decidir, con la aprobación de Medicare, si estarán disponibles para todos los beneficiarios de Medicare en un estado o si estarán disponibles sólo en ciertos condados o partes de condados.

Si usted se inscribe en un Medicare Advantage

- Continúa en el programa Medicare.
- Todavía tiene sus derechos y protecciones Medicare (páginas 65–66).
- Todavía recibe todos sus servicios regulares cubiertos por Medicare (páginas 19 y 25–33).
- Podría obtener beneficios adicionales como el de las medicinas recetadas o días adicionales en el hospital.

Puede buscar en www.medicare.gov en Internet, o llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), para obtener información más detallada y actualizada sobre su plan de salud. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo funciona un plan de salud administrado de Medicare?

Estas son las reglas generales sobre cómo funcionan los [planes de salud administrados](#). Para algunas de estas reglas puede que los planes tengan algunas diferencias, por eso es importante que usted lea atentamente los materiales del plan.

- En la mayoría de los planes de salud administrados hay hospitales y médicos que se inscriben en el plan (red). Es probable que tenga que recibir la mayor parte de sus servicios de la red del plan. Llame al plan que le interesa para obtener una lista de los médicos y hospitales en la red. Si desea ir a un médico u hospital fuera de la red, pregunte al plan cuál será el costo.
- Cuando se inscribe en un plan, quizá le pidan que elija un [médico de cabecera](#). Si quiere seguir atendándose con su médico, llame y pregunte si su médico pertenece al plan de salud administrado Medicare y si puede seguir atendándolo una vez que usted se inscriba en el plan. En caso contrario, quizá le convenga pedirle una recomendación.
- Si desea cambiar de médico de cabecera, pregunte a su plan por otros médicos en la red de su área.
- Los médicos pueden ingresar o retirarse de los planes de salud administrados en cualquier momento. Si su médico de cabecera se retira, el plan debe avisarle con anticipación y darle la opción de elegir otro médico.
- Es posible que tenga que pagar más si recibe sus servicios de salud fuera del área de servicio de su plan o puede que los servicios no estén cubiertos. El área de servicio es donde el plan acepta miembros, y donde usted recibe servicios del plan.
- Se podrían aplicar excepciones a las reglas en casos de emergencias o de cuidado de urgencia si está en el área de servicio (páginas 30–33).
- Generalmente, tendrá que ser [referido](#) para consultar a un especialista (como un cardiólogo), lo que significa que su médico de cabecera le informa por escrito a dicho especialista, que está bien, que vaya a la consulta o que obtenga ciertos servicios.
- Existen reglas especiales para ciertos servicios. Por ejemplo, si usted es mujer puede consultar una vez al año a un especialista de la red sin ser referido por su médico de cabecera, para servicios preventivos y de rutina cubiertos por Medicare. Si el especialista que necesita no está disponible, el plan coordinará los servicios de salud necesarios fuera de la red.

¿Cómo funciona un plan de salud administrado de Medicare? (continuación)

- Al final de cada año, los **planes de salud administrados** pueden abandonar el programa Medicare o cambiar sus beneficios y primas. Sin embargo, pueden haber nuevos planes disponibles (página 64).
- Ciertos planes de salud administrados ofrecen una opción llamada **Punto de Servicio**. Esto le permite ir a otros médicos u hospitales que no forman parte del plan (“fuera de la red”), pero puede que haya un costo adicional.
- Unos pocos planes de salud administrados no son **planes Medicare Advantage**. Por lo general, estos planes igual funcionan como se ha descrito anteriormente y en la página 55, pero algunas reglas podrían ser distintas. Por ejemplo, usted podría recibir servicios cubiertos que no sean por una emergencia de médicos o proveedores que no pertenezcan a la red del plan. Revise los documentos del plan para ver si estas reglas se aplican a su caso.

¿Cómo funciona un plan de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)?

Estos planes están actualmente entre los planes de salud más populares entre los trabajadores estadounidenses. Los PPO de Medicare funcionan con muchas de las mismas reglas de los planes de salud administrados Medicare que aparecen en la página 55. Sin embargo, en un PPO usted:

- No necesita ser referido para ver un especialista fuera de la red. Quizá necesite la aprobación del plan antes de obtener ciertos servicios.
- Puede atenderse con cualquier médico o proveedor que acepte Medicare (en la mayoría de los casos). Sin embargo, si consulta a médicos, hospitales o proveedores “fuera de la red” o “no preferidos”, quizá tenga un costo adicional.

Cada plan es diferente según a lo que usted paga y a los servicios cubiertos fuera de la red. Llame al plan para obtener información.

NUEVO

En el 2006, la Ley de Modernización de Medicare permitirá a los PPO regionales ofrecer a los beneficiarios de Medicare múltiples opciones de cobertura. En un plan PPO regional, los miembros tendrán protecciones adicionales. El plan PPO limitará la cantidad máxima que se pueda cobrar por servicios brindados fuera de la red.

¿Cómo funciona un plan Privado de Pago por Servicio?

Los [planes Privados de Pago por Servicio](#) son planes ofrecidos por compañías privadas. A continuación encontrará las reglas sobre cómo funciona este plan:

- Usted puede atenderse con cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que desee prestarle atención y acepte los términos de pago de su plan.
- Es posible que reciba beneficios adicionales que el [plan Original Medicare](#) no cubre, como días extras en el hospital.
- La compañía privada, no el programa Medicare, negocia con los proveedores cuánto pagará y cuánto pagará usted por los servicios que recibe.
- Es posible que tenga que pagar una [prima](#) para inscribirse en el plan Privado de Pago por Servicio de Medicare. Tal vez también tenga que pagar otros costos (como un [copago](#) o [coseguro](#)) por los servicios que recibe. Estos costos son diferentes a los del plan Original Medicare.
- Al final de cada año, las compañías que ofrecen los planes Privados de Pago por Servicio pueden decidir afiliarse, quedarse con, salirse de Medicare o cambiar los beneficios y primas.

¿Cómo funciona un plan de Especialidad de Medicare, como un plan de control de enfermedad?

Medicare está trabajando para crear planes de especialidades, que representan una manera distinta de brindar cuidado específico para algunas personas. Por ejemplo, estos planes podrían ser para personas en centros de cuidado de salud a largo plazo o aquellas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para [Medicaid](#). Estos planes están diseñados para brindarle cuidado especializado a grupos específicos de pacientes o beneficiarios con una condición médica específica. El objetivo es brindar atención médica de un modo eficiente, efectivo y de alta calidad.

Para averiguar si hay planes de especialidades en su área, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov en Internet y seleccionar la herramienta de “Búsqueda Personalizada de Planes Medicare”.

Sus costos en un plan Medicare Advantage

Los gastos directos de su bolsillo dependerán de:

- Si el plan cobra una **prima** mensual además de la prima mensual de la Parte B de \$66.60 en el 2004.
- Si el plan reduce la prima mensual de la Parte B (ver a continuación).
- Cuánto paga por cada consulta o servicio (como un “copago” o “coseguro”).
- Los servicios que necesite, y la frecuencia con que los necesite.
- Los beneficios adicionales que necesite, y si el plan los cubre.

Nota: Para obtener un resumen de los gastos directos de su bolsillo en varios planes, busque en www.medicare.gov en Internet y seleccione “Búsqueda personalizada de planes Medicare”. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Para ahorrar en su prima de la Parte B de Medicare

Los **planes Medicare Advantage** podrían pagar parte o toda la prima de la Parte B de Medicare. Si se inscribe en un plan que ofrece este beneficio, puede ahorrar dinero. Igualmente continuará recibiendo todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Debe leer los materiales del plan detenidamente antes de inscribirse para ver si el plan Medicare Advantage en el que está interesado le ofrece primas más bajas. Los planes deciden cada año si reducirán parte o toda su prima de la Parte B de Medicare.

¿Cómo se pagan mis cuentas si tengo más de un seguro médico?

A veces su otro seguro paga sus facturas primero y el [plan Medicare Advantage](#) es el pagador secundario. Algunos seguros que podrían pagar primero incluyen: seguro de grupo de empleador con ciertos requisitos, seguro sin parte culpable, seguro de responsabilidad, beneficios de mineros, seguro de accidente de trabajo. Es importante que le avise a su médico y al hospital que tiene otro seguro para que pueda enviar las facturas correctamente. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, 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, obtenga una copia gratis de *Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero* (Pub. CMS No. 02179-S). Consulte la página 83 para detalles sobre cómo obtener esta publicación.

¿Puedo apelar las decisiones de mi plan Medicare Advantage?

Sí. De un modo similar al [plan Original de Medicare](#), usted tiene derecho a un proceso eficaz, justo y rápido sobre las decisiones de pago del plan por un servicio o suministro. Este proceso se llama “[apelación](#)”. Su plan debe comunicarle por escrito cómo apelar una decisión del plan. Usted tiene derecho a presentar una apelación si el plan no paga, interrumpe o no autoriza un servicio que usted piensa que deberían brindarle o estar cubierto. Después de presentada la apelación, el plan revisará la decisión. Si esperar a que revisen la decisión pudiera ocasionarle algún problema a su salud, el plan debe darle una respuesta en 72 horas. Si su plan no decide a su favor, enviará su apelación a una organización de revisión que no pertenezca al plan. Lea los documentos del plan o llame a su plan para más detalles sobre su derecho de apelación y cómo presentar una apelación. Usted tiene derecho a pedirle al plan una copia de su expediente. Su contiene su historial médico e información sobre su apelación.

Para más información, solicite una copia gratis de *Sus Derechos y Protecciones Medicare* (Pub. CMS No. 10112-S). Consulte la página 83 para detalles sobre cómo obtener esta publicación.

Afiliación a un plan Medicare Advantage

¿Quién puede inscribirse en un plan Medicare Advantage?

Usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage si:

- Tiene tanto la Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico), y sigue pagando la **prima** mensual de la Parte B de Medicare (\$66.60 para el 2004). Si ya está en un plan de salud administrado de Medicare y sólo tiene la Parte B, puede quedarse en su plan.
- Vive dentro del área de servicio del plan. El área de servicio es donde usted debe vivir para que el plan lo acepte como miembro. En el caso de un **plan de salud administrado** de Medicare, también es el área donde usted recibe los servicios. El plan puede darle más información sobre sus áreas de servicio.
- No tiene Enfermedad Renal en Etapa Final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante renal), excepto en el caso explicado en la página 61.

Nota: Si ya está inscrito en un plan de salud administrado de Medicare y sólo tiene la Parte B, podría permanecer en su plan.

¿Cuándo puedo inscribirme en uno de estos planes?

Cuando se inscribe por primera vez en Medicare puede inscribirse en un **plan Medicare Advantage** si hay uno disponible en su área y está aceptando nuevos miembros. Si ya está en Medicare (plan Original de Medicare) y más tarde decide inscribirse en un plan Medicare Advantage puede hacerlo:

- Generalmente, en cualquier momento durante el 2003. Su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente al mes en que presentó su solicitud.
- Entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre si el plan Medicare Advantage sólo acepta nuevos miembros durante este período de elección.

Nota: Algunos planes Medicare Advantage dejan de aceptar miembros nuevos cuando alcanzan su límite. El plan le puede decir si está aceptando nuevos miembros.

A partir del 1 de enero del 2006, sólo podrá inscribirse o retirarse de un plan Medicare Advantage en ciertos momentos. Durante el 2005 se le brindará más información al respecto y la versión del 2006 de este manual contendrá información detallada.

Afiliación a un plan Medicare Advantage (continuación)

¿Cómo me inscribo en un plan Medicare Advantage?

1. Llame al plan y pida el formulario de inscripción. Complete el formulario y envíeselo por correo al plan, o
2. Consiga un formulario de inscripción de un representante del plan. Complete el formulario y envíeselo por correo al plan, o entrégueselo al representante del plan. El representante del plan puede ayudarle a completar el formulario.

Usted recibirá una carta del plan informándole cuando comienza su cobertura.

Advertencia: Usted no puede inscribirse en más de un [plan Medicare Advantage](#) a la vez. Si trata de afiliarse a más de un plan Medicare Advantage con las mismas fechas de inicio, es posible que no lo inscriban en ninguno de ellos y lo regresen al [plan Original Medicare](#).

Reglas especiales para personas con Enfermedad Renal en Etapa Final:

Si usted padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés), por lo general, no puede inscribirse en un plan Medicare Advantage. Sin embargo, si ya está en un plan, puede quedarse en el mismo, o afiliarse a otro plan ofrecido por la misma agencia de seguros en el mismo estado. Si usted ya tuvo un trasplante de riñón exitoso, también es posible que pueda afiliarse a un plan.

Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre ESRD y los planes de salud Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si usted tiene ESRD y está en un plan Medicare Advantage, y el plan se retira de Medicare o deja de ofrecer cobertura en su área, usted tiene por única vez, el derecho a inscribirse en otro plan Medicare Advantage. No tiene que usar dicho derecho inmediatamente. Si se cambia directamente al plan Original Medicare después que su plan se retira o deja de prestar cobertura, también tendrá una única oportunidad de inscribirse a un plan Medicare Advantage en una fecha posterior siempre que el plan esté aceptando nuevos miembros (descrito en la página 60).

Afiliación a un plan Medicare Advantage (continuación)

¿Puedo quedarme con mi póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) si me inscribo en un plan Medicare Advantage?

Sí, usted puede conservarla. Sin embargo, puede costarle bastante dinero y serle de poco provecho mientras esté en un plan Medicare Advantage. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud si necesita ayuda para decidir si conserva su póliza Medigap (vea el anverso de la última página para obtener el número de teléfono).

Si cancela su póliza Medigap, es posible que no pueda volver a conseguirla, con la excepción de ciertas situaciones. Si usted se inscribe en un plan Medicare Advantage cuando es elegible para Medicare por primera vez al cumplir 65 años, o si es la primera vez que se inscribe en un plan Medicare Advantage, es posible que tenga ciertas protecciones de Medigap que le otorgan el derecho de comprar otra póliza Medigap más tarde si así lo desea. Para más información sobre las pólizas y protecciones de Medigap, consiga una copia gratuita del manual *Selección de una Póliza Medigap: Una Guía sobre de Seguros de Salud para Personas en Medicare* (Pub. CMS No. 02110-S). Consulte la página 83 para detalles sobre cómo obtener esta publicación.

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

Si se afilia a un plan Medicare Advantage y también tiene cobertura de empleador o sindicato, usted podrá, en ciertos casos, seguir usando esta cobertura junto con la cobertura de su plan Medicare Advantage. Hable con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato sobre las reglas que se aplican al caso. Recuerde, si cancela su cobertura de empleador o sindicato, es posible que no pueda regresar a ella.

¿Cómo averiguo si estoy inscrito en un plan Medicare Advantage?

Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, le entregarán una tarjeta con el nombre del plan. Si no está seguro si está en un plan Medicare Advantage, puede llamar al número que aparece en su tarjeta. Si recibe beneficios de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB), llame a su oficina local de la RRB o al 1-800-808-0772. Pídale al representante de servicio al cliente que verifique si usted está en un plan Medicare Advantage.

Desafiliación de un plan Medicare Advantage

¿Cuándo puedo retirarme de un plan Medicare Advantage?

En el 2005, usted puede retirarse de su plan en cualquier momento por cualquier motivo. Una vez que haya solicitado su desafiliación, su plan le avisará por escrito el día en que termina su cobertura. Generalmente sería el primer día del mes después que solicitó la desafiliación del plan.

¿Cómo me retiro de mi plan Medicare Advantage para afiliarme a un plan nuevo Medicare Advantage?

Al inscribirse en un nuevo plan de Medicare Advantage, usted está dejando su otro plan. No necesita informárselo a su antiguo plan ni enviarles nada. Quedará automáticamente fuera de su plan antiguo cuando empiece la cobertura de su plan nuevo. Recibirá una carta de su nuevo plan informándole cuando comienza su cobertura.

¿Cómo dejo mi plan Medicare Advantage y regreso al plan Original Medicare?

Puede dejar su plan Medicare Advantage y regresar al [plan Original Medicare](#) de una de las siguientes tres maneras:

1. Escriba o llame a su plan,
2. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o
3. Visite, llame, o escriba a la Administración del Seguro Social.

Si recibe beneficios de la Junta Ferroviaria de Retiro, debería comunicarse con la oficina de RRB local o llamar al 1-800-808-0772 si quiere dejar su plan Medicare Advantage.

Díales que quiere retirarse de su plan Medicare Advantage. El plan deberá enviarle una carta con la fecha en que termina su cobertura. Si no recibe la carta, llame al plan y pregunte la fecha.

Nota: Si quiere cambiar al plan Original Medicare y comprar una [póliza Medigap](#), tiene que terminar su cobertura con su plan Medicare Advantage de alguna de las tres maneras mencionadas anteriormente. Con sólo inscribirse en el plan Medigap no queda terminada la cobertura del plan Medicare Advantage.

Desafiliación de un plan Medicare Advantage (continuación)

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

Tal vez deba abandonar su plan de salud. Sin embargo, puede llamar al plan para ver si puede permanecer en el mismo si se muda fuera del área de servicio. Si debe retirarse del plan, siga las instrucciones mencionadas en la página 63 para retirarse del [plan Medicare Advantage](#). Puede elegir inscribirse en otro plan Medicare Advantage, si alguno se encuentra disponible en su área nueva y está aceptando miembros nuevos, o puede elegir el [plan Original Medicare](#). Tal vez tenga también la opción de adquirir una [póliza Medigap](#) (páginas 74–76).

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

Si su plan Medicare Advantage se retira del programa Medicare, recibirá una notificación. Esta carta le informará si hay otros planes de salud Medicare Advantage en su área a los que puede afiliarse. Usted siempre puede escoger el plan Original Medicare. Regresará automáticamente al plan Original Medicare si no escoge otro plan Medicare Advantage. Es posible que tenga derecho a comprar una póliza Medigap (ver páginas 74–76). En este caso, le conviene averiguar todo lo que pueda sobre sus opciones antes de tomar cualquier decisión. No importa lo que escoja, siempre está dentro del programa Medicare, y recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare. Para más información, obtenga una copia gratis de *Selección de una Póliza Medigap: Una Guía de Seguro de Salud para Personas en Medicare* (Pub. CMS No. 02110-S). Consulte la página 83 para detalles sobre cómo obtener esta publicación.

¿Qué puedo hacer si debo dejar mi plan Medicare Advantage porque ha reducido su área de servicio?

Si su plan Medicare Advantage decidiera no brindar servicios en todos los condados o códigos postales de una zona, o redujera su área de servicio y no hubiera otros planes Medicare Advantage en el área donde pierde su cobertura, quizá pueda conservarla. Pregúntele a su plan. Para mantener su cobertura, debe aceptar recibir todos sus servicios (excepto en caso de emergencias y cuidado de urgencia) en el área de servicio reducida. Si su plan no ofrece esta opción, automáticamente regresará al plan Original Medicare el 1 de enero. En este caso, tal vez tenga el derecho de comprar una póliza Medigap (páginas 74–76).

Sección

9

Sus derechos de apelación de servicios denegados

Si usted tiene Medicare, tiene garantizados ciertos derechos. Unos de estos derechos es el de un proceso justo, eficiente, y oportuno para apelar decisiones sobre servicios de salud, o pagos por los mismos. No importa la forma en que reciba sus servicios de salud de Medicare, siempre tiene el derecho de **apelar**. Usted puede apelar si:

- No se cubre un servicio, que usted cree que debería estar cubierto.
- No está de acuerdo con la cantidad que se está pagando.
- Le niegan un servicio o suministro y usted cree que debería estar cubierto.

Las instrucciones para presentar una apelación se encuentran en el Resumen de Medicare (si está en el [plan Original Medicare](#)) o en los materiales de su plan de salud (si está en un [plan Medicare Advantage](#)). Si decide tramitar una apelación, pídale a su médico o proveedor cualquier información que pueda servirle para su caso. También puede llamar a su [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud](#) para que lo orienten al respecto (vea las páginas 93-95 para obtener el número de teléfono).

Si está en el plan Original Medicare, está protegido de cuentas inesperadas. Un médico o suministrador podría entregarle un aviso que dice que Medicare probablemente (o indudablemente) no pagará el servicio que se brinde. Si todavía quiere recibir el servicio, le pedirán que firme un acuerdo donde estipule que usted mismo pagará por el servicio de salud, si Medicare no lo hace. Esto recibe el nombre de Preaviso al Beneficiario. Los Preavisos al Beneficiario se usan en el plan Original Medicare. Los planes Medicare Advantage tiene otras maneras de brindar esta información.

Si no está seguro que se le cobró a Medicare por los servicios que recibió, escriba al proveedor de servicios de salud y pida una cuenta detallada. Esta cuenta listará cada artículo o servicios de Medicare que recibió de su proveedor de servicios de salud. La deberá recibir dentro de 30 días. Además, puede revisar su Resumen Medicare para ver si se le cobró el servicio a Medicare.

Si está en un plan Medicare Advantage, llame a su plan para averiguar si el servicio fue cubierto. El plan deberá informarle, si usted pregunta.

Recuerde, las palabras en azul se definen en las páginas 85-88.

Apelaciones aceleradas

Si está en un [plan Medicare Advantage](#) o en el [plan Original de Medicare](#), tendrá derecho a un nuevo proceso de apelación “acelerada”. Usted podrá obtener una revisión rápida de la decisión si está recibiendo servicios en un centro de enfermería especializada, agencias de cuidado de salud en el hogar, o [centro ambulatorio de rehabilitación integral](#). Recibirá una notificación de su proveedor o del plan que le indicará como apelar si piensa que terminaron sus servicios antes de tiempo. Podrá obtener una **revisión rápida** de esta decisión realizada por médicos independientes que revisarán su caso y decidirán si los servicios deben continuar. Puede que tenga derechos adicionales si está hospitalizado o en un centro de enfermería especializada o si termina su cuidado de salud en el hogar. Los beneficiarios inscritos en el plan Original de Medicare comenzarán a recibir “apelaciones aceleradas” durante el 2005.

Otros derechos Medicare

Además, usted tiene derecho a:

- Recibir información.
- Recibir servicios de emergencia.
- Acudir a médicos, especialistas, incluyendo especialistas en la salud de la mujer, y hospitales certificados por Medicare.
- Participar en decisiones de tratamiento.
- Conocer cuáles son sus opciones de tratamiento.
- Recibir información culturalmente competente bajo ciertas circunstancias (como materiales de Medicare, sus proveedores y contratistas, en otros idiomas que no sean inglés).
- Presentar quejas.
- No ser discriminado.
- Confidencialidad de la información personal y médica.

Para más información sobre sus derechos y protecciones, obtenga una copia gratuita de *Sus Derechos y Protecciones Medicare* (Pub. CMS No. 10112-S). Consulte la página 83 para detalles cómo obtener esta publicación.

Aviso sobre prácticas de privacidad del plan Original de Medicare

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Por ley, se le exige a Medicare que proteja la privacidad de su información médica personal. También se le pide a Medicare que le entregue este aviso informándole cómo Medicare puede usar y divulgar su información médica personal.

Medicare **debe** usar y entregar su información médica personal:

- A usted o alguien que tenga el derecho legal para actuar en su representación (su representante personal),
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, de ser necesario, para asegurar que su privacidad esté protegida, y
- Donde se requiera por ley.

Medicare **tiene el derecho** de usar y entregar su información médica personal para pagar su servicio de salud y administrar el programa Medicare. Por ejemplo:

- Las **empresas de seguros** de Medicare utilizan su información médica personal para pagar o negar sus reclamos, cobrar sus primas, o compartir su pago de beneficios con otros seguros, o preparar su Resumen Medicare.
- Medicare puede usar su información médica personal para asegurarse que usted y otros beneficiarios de Medicare reciban servicios de **calidad**, o para brindar servicio al cliente, o resolver cualquier queja o para algún estudio de investigación.

Aviso sobre prácticas de privacidad del plan Original de Medicare (continuación)

Medicare **puede** usar o entregar su información médica personal para los siguientes propósitos y en circunstancias limitadas:

- Para las agencias estatales y federales que tienen el derecho legal de recibir información sobre Medicare (como asegurarse que Medicare haga los pagos correspondientes y ayudar a los programas de asistencia pública como Medicaid estatal y federal),
- Para actividades de salud pública (como informar sobre los brotes de enfermedades),
- Para las actividades de supervisión de servicios de salud del gobierno (tales como fraude e investigaciones sobre abuso),
- Para procedimientos judiciales y administrativos (como en respuesta a una orden judicial),
- Para el cumplimiento de la ley (como entregar información limitada para ubicar a una persona desaparecida),
- Para estudios de investigación que cumplen con todos los requisitos de ley privados (como la investigación relacionada con la prevención de una enfermedad o incapacidad),
- Para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad,
- Para comunicarle sobre cambios o nuevos beneficios de Medicare, y
- Para crear información que no pueda ser utilizada para seguirle la pista.

Por ley, Medicare debe tener su permiso por escrito (una “autorización”) para usar o divulgar su información médica personal para cualquier propósito que no esté establecido en este aviso. Usted podrá revocar su permiso por escrito en cualquier momento, excepto si Medicare ya la ha utilizado amparándose en su autorización previa.

Aviso sobre prácticas de privacidad del plan Original de Medicare (continuación)

Por ley, usted tiene derecho a:

- Ver y recibir una copia de su información médica personal que Medicare conserva.
- Solicitar que se modifique su información médica personal si cree que está equivocada o falta información, y si Medicare está de acuerdo con ello. Si Medicare está en desacuerdo, es probable que su declaración se adjunte a su información médica personal.
- Recibir una lista de aquellos a quienes Medicare les entrega su información médica personal. Esta lista no cubrirá su información médica personal que se le entregó a usted o a su representante legal, información que fue proporcionada para pagar su atención médica o para las operaciones de Medicare, o la que fue divulgada para hacer cumplir la ley.
- Solicitar a Medicare que se comunique con usted de manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, enviando materiales a su apartado postal en lugar de la dirección de su casa).
- Solicitar a Medicare que limite cómo se usa su información médica personal, y cómo se divulga para pagar sus reclamos y administrar el programa Medicare. Por favor, tome en cuenta que es posible que Medicare no acepte su solicitud.
- Recibir una copia de este aviso.

Visite www.medicare.gov por Internet para más información sobre cómo:

- Ejercer los derechos mencionados en este aviso.
- Presentar una queja, si cree que el [plan Original Medicare](#) ha violado sus derechos de privacidad. Sus beneficios de Medicare no se verán afectados si usted presenta una queja.

También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar esta información. Pida hablar con el representante de servicio al cliente acerca del aviso de Medicare sobre prácticas de privacidad. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Aviso sobre prácticas de privacidad del plan Original de Medicare (continuación)

La ley le exige a Medicare que cumpla los términos de este aviso sobre privacidad. Medicare tiene el derecho de cambiar la manera en que se usa y divulga su información médica personal. Si Medicare hace algún cambio, usted recibirá un aviso dentro de los 60 días del cambio.

El aviso sobre prácticas de privacidad del plan Original Medicare mencionado en las páginas 67–69 entró en vigencia el 14 de abril del 2003.

Cómo se comparte la información para estudios de investigación y pruebas clínicas

Las pruebas clínicas y estudios de investigación ayudan a los médicos e investigadores a encontrar mejores formas de operar el programa Medicare o de prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades. Puede que Medicare se ponga en contacto con usted para que participe en uno de estos estudios. Es posible que Medicare comparta su información médica personal con algunas organizaciones que realizan estos estudios para ayudarles a encontrar personas elegibles para participar. Estas organizaciones deben cumplir con todas las prácticas de privacidad. Quizá utilicen la información de Medicare para ponerse en contacto directo con usted sobre dichos estudios. Usted puede decidir si quiere participar en esas pruebas o no. Quizá sea conveniente que hable con su médico sobre las pruebas clínicas (vea la página 29 para más información sobre las pruebas o ensayos clínicos).

Usted está protegido contra la discriminación

Cualquier empresa o agencia que trabaje con Medicare debe obedecer la ley. A usted no se le puede tratar de manera diferente por su raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, religión, o en algunas circunstancias sexo. 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.

Tome decisiones sobre su salud—Instrucciones por adelantado

Mientras más vivan las personas, menor es la posibilidad que tienen de poder tomar decisiones sobre su propia salud. Tiene que llenar una “Instrucción por adelantado” (también denominado testimonio en vida) para dar a conocer a las personas el tipo de tratamiento que desea, si ya no tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones. “Una instrucción por adelantado” es un documento escrito en el cual usted da instrucciones sobre quién quiere que lo represente y el tipo de servicio de salud que desea o que no desea. Podría obtener más información llamando a la Agencia de Envejecimiento de su zona. Llame al servicio de localización Eldercare al 1-800-677-1116 o visite www.aoa.gov en Internet para obtener el número de teléfono.

Usted puede ayudar a protegerse y a proteger a Medicare del fraude

La mayoría de los médicos y proveedores de servicios de salud que trabajan con Medicare son honestos. Pocos son los que no son. Medicare está trabajando arduamente con otras agencias gubernamentales para proteger el programa Medicare.

El fraude contra Medicare ocurre 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 que se ha cometido fraude, utilice estos tres pasos:

1. Llame a su proveedor de cuidado de salud.
2. Llame GRATIS 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).

Usted puede ayudar a protegerse y a proteger a Medicare del fraude (continuación)

Cuando usted recibe servicios de salud del [plan Original Medicare](#), recibe el Resumen de Medicare (MSN) de una compañía que administra las cuentas de Medicare. Este resumen muestra qué servicios o suministros se cobraron y cuánto pagó Medicare. Deberá revisar que dicho aviso no tenga errores. Asegúrese que no se le cobró a Medicare por ningún 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 GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

También puede llamar a la línea gratuita del Inspector General 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) para informar sobre fraude contra Medicare, Medicare no dará a conocer su nombre, si usted así lo solicita.

La lucha contra el fraude quizá pueda otorgar una recompensa de hasta \$1,000 si:

- Informa sobre un fraude contra Medicare,

Y

- Si su información conduce directamente a la recuperación de por lo menos \$100 del dinero de Medicare,

Y

- El fraude que informa no está siendo investigado.

Para más información sobre este programa, obtenga una copia gratis de *¡Pague lo justo! Proteja a Medicare del Fraude* (Pub. CMS No. 10111-S). Consulte la página 83 para detalles sobre cómo obtener esta publicación.

Otros seguros y maneras de pagar sus gastos de salud

73

Sección

10

Ahora es un momento muy oportuno para revisar su cobertura. Además de Medicare, tal vez tenga otro seguro como la cobertura para jubilado o de su empleador. Es posible que pueda conseguir ayuda para reducir sus gastos directos de bolsillo teniendo o adquiriendo cobertura suplementaria. La cobertura que tenga afectará lo que usted paga, los beneficios que obtenga, los médicos a los que puede consultar, y muchas otras cosas que pueden serle importantes.

Si desea más información sobre cómo estos otros seguros de salud funcionan con Medicare, consiga una copia gratuita de *Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero* (Pub. CMS No. 02179-S). Consulte la página 83 para detalles sobre cómo obtener esta publicación.

1.

Cobertura de empleador o sindicato

Llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato actual o antiguo o el de su cónyuge. Pregunte si usted tiene o puede conseguir cobertura para servicios de salud por el empleo actual o pasado suyo o de su cónyuge.

Cuando usted tiene cobertura de jubilado por medio de su empleador o sindicato, podrían cambiarle sus beneficios o **primas**, y también podrían cancelarle su cobertura si así lo desean.

Advertencia: Si usted abandona este seguro médico, existe la posibilidad de que no pueda recuperarlo. Si desea más información, llame a su administrador de beneficios del empleador o sindicato.

Recuerde, las palabras en azul se definen en las páginas 85–88.

Nota sobre COBRA

Si usted es elegible para COBRA porque ha dejado de trabajar o porque califica por otras razones, le convendría inscribirse en la Parte B (página 20). No tendrá otro Período Especial de Inscripción (páginas 23–24) cuando termine su cobertura de COBRA y es posible que deba pagar más por la Parte B si se inscribe después.

2.

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)

Una **póliza Medigap** es una póliza de seguro de salud ofrecida a la venta por compañías privadas para cubrir lo que no cubre el **plan Original de Medicare**. Las pólizas Medigap deben cumplir con las leyes federales y estatales. Estas leyes sirven para protegerlo. La póliza Medigap debe indicar claramente en el frente de la misma, que es un “Seguro Suplementario a Medicare”.

En todos los estados, excepto Massachusetts, Minnesota, y Wisconsin, una póliza Medigap debe ser una de diez pólizas estandarizadas de tal manera que pueda compararlas fácilmente. Cada póliza tiene distintos beneficios. Dos de las pólizas estandarizadas pueden tener la opción de un **deducible** alto. Además, cualquier póliza estandarizada puede ser vendida como una póliza “Medicare SELECT”. Las pólizas Medicare SELECT, por lo general, cuestan menos, porque requieren que utilice a hospitales específicos, y en algunos casos, a médicos específicos para poder aprovechar los beneficios de dicha póliza. En caso de emergencia, puede acudir a cualquier médico u hospital.

Nota: Si usted vive en Massachusetts, Minnesota, o Wisconsin, puede que en su estado se vendan planes estandarizados diferentes. Vea la página 91 para obtener información importante sobre contactos.

NUEVO

A partir del 1 de enero de 2006, no podrá adquirir una póliza Medigap que ofrezca el beneficio de recetas médicas. Los planes H, I, o J podrán seguir siendo vendidos pero sin el beneficio de medicinas recetadas. Si ya tiene una póliza Medigap que cubre los medicamentos recetados, tal vez puede quedársela en ciertas circunstancias. Además puede que tenga disponibles nuevos tipos de pólizas Medigap. Durante el 2005 le brindaremos más información al respecto.

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) (continuación)

Si desea más información sobre las pólizas Medigap, sus costos, y sus opciones, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y hable con un representante de servicio al cliente. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. O llame al [Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de su estado](#) (ver las páginas 93–95 para obtener el número de teléfono). También encontrará información en www.medicare.gov en Internet. Seleccione “Búsqueda Personalizada de Planes Medicare”.

¿Necesito comprar una póliza Medigap?

Comprar una póliza Medigap es una decisión que solo usted puede tomar. Posiblemente quiera comprar una póliza Medigap si se inscribe en el [plan Original de Medicare](#) porque este plan no paga todos los costos de sus servicios de salud. Si está en el plan Original de Medicare, hay gastos que tendrá que pagar usted mismo. Dependiendo de sus necesidades de cuidado de salud y de su situación económica, tal vez quiera continuar con su cobertura de empleador o de retirado, o inscribirse en un [plan Medicare Advantage](#).

No necesita comprar una póliza Medigap si está en un plan Medicare Advantage. De hecho, puede ser ilegal que alguien trate de venderle una póliza Medigap si saben que usted está en uno de esos planes de salud. Si tiene [Medicaid](#), por lo general, es ilegal que una agencia de seguros trate de venderle una póliza Medigap, excepto en ciertas situaciones.

Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) (continuación)

¿Cuál es el mejor momento para comprar una póliza Medigap?

Para la mayoría de las personas es durante su período abierto de inscripción de Medigap. Dicho período dura 6 meses y comienza el primer día del mes en el cual usted cumple 65 años o más y también está inscrito en la Parte B de Medicare. Una vez que comienza el período abierto de inscripción de Medigap, no puede ser cambiado.

Nota: Si tiene 65 años o más y usted o su cónyuge están trabajando y tiene seguro médico a través de un empleador o sindicato actual suyo o de su cónyuge, tal vez le convenga esperar para inscribirse en la Parte B de Medicare y retrasar su período abierto de inscripción a Medigap.

Durante este período, una compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros, imponer condiciones a una póliza (como hacerle esperar antes de que comience la cobertura), o cobrarle más por una póliza debido a sus problemas de salud actuales o pasados. También deben acortar el período de espera para condiciones preexistentes por la cantidad de cobertura de salud anterior que usted tenga.

Importante: Si no compra una póliza Medigap durante un período abierto de inscripción, es posible que no pueda comprar la que quiera, o que le cobren más por esa póliza. Además, si abandona su póliza Medigap, es posible que no pueda conseguirla nuevamente. (Sin embargo, puede que se apliquen reglas especiales si usted ha estado en un [plan Medicare Advantage](#), vea la página 62, o si tiene un seguro médico a través de su empleador.)

Si desea más información sobre cómo comprar una póliza Medigap, consiga una copia gratuita de *Selección de una Póliza Medigap: Una Guía sobre de Seguros de Salud para Personas en Medicare* (Pub. CMS No. 02110-S). Consulte la página 83 para detalles sobre cómo obtener esta publicación.

3. Beneficios para veteranos

Si usted es un veterano o ha prestado algún servicio militar, llame al Departamento de Asuntos Veteranos de los Estados Unidos al 1-800-827-1000 para informarse sobre los beneficios para veteranos y los servicios disponibles en su área.

4. Beneficios para retirados militares

TRICARE es un programa para militares retirados y en actividad y miembros de sus familias. Incluye TRICARE Prime, TRICARE Extra, TRICARE Standard y TRICARE for Life (TFL por sus siglas en inglés). Los retirados militares que pueden inscribirse en Medicare, de 65 años o más y ciertos miembros de sus familias y sobrevivientes tienen acceso a cobertura médica extendida conocida como TRICARE for Life (TFL por sus siglas en inglés). Usted debe tener las Partes A y B de Medicare para ser elegible para TFL. Vea la página 22 si no está inscrito en la Parte B de Medicare y desea tener los beneficios de TFL.

Medicare será el primer pagador para todo servicio cubierto por Medicare. Si Medicare no paga el total de la factura, TRICARE puede pagar los costos como pagador secundario. TRICARE pagará todos los **coseguros** y **deducibles** de Medicare, y los servicios que no están cubiertos por Medicare pero que están cubiertos por TRICARE. También puede obtener los beneficios de farmacia a través del programa farmacéutico para personas de la tercera edad de TRICARE (“TRICARE Senior Pharmacy Program”).

Si desea más información sobre TRICARE, llame al 1-800-538-9552 o visite www.TRICARE.osd.mil en Internet.

5.

Programas de Ahorros Medicare (Ayuda de su Estado como parte del Programa Estatal de Asistencia Médica)

Existen programas que cada año le ayudan a millones de personas con Medicare ahorrar dinero. Los estados tienen programas para personas de bajos ingresos y recursos limitados que pagan las **primas** de Medicare. Algunos programas también pueden pagar los **deducibles** y **coseguros** de Medicare.

Usted puede solicitar estos programas si:

- Tiene la Parte A de Medicare (Si paga la prima de la Parte A, el programa de Ahorros Medicare posiblemente pueda pagar dicha prima por usted).

y

- Es un individuo con recursos de \$4,000 o menos, o una pareja con recursos de \$6,000 o menos. Los recursos incluyen dinero en una cuenta corriente o de ahorros, acciones, o bonos.

y

- Es un individuo con un ingreso mensual de menos de \$1,068 o una pareja con un ingreso mensual de menos de \$1,426. Estos límites se modificarán levemente para el 2005. Si usted vive en Alaska o Hawai, los límites de ingresos serán un poco más elevados.

Llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica (página 89). Dado que los nombres de estos programas pueden variar en cada estado, solicite información sobre los Programas de Ahorros Medicare. Es muy importante que llame si cree que califica para cualquiera de estos programas de ahorros Medicare, aún si no está seguro.

Nota: Es posible que algunos estados tengan requisitos más generosos con respecto a los ingresos y/o recursos.

Los programas de ahorros Medicare posiblemente no se encuentren disponibles en Guam, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, la Islas Marianas del Norte y Samoa Americana.

6. Medicaid

Si su ingreso y sus recursos son limitados, es posible que usted califique para **Medicaid**. La mayoría de sus gastos de salud están cubiertos si usted tiene Medicare y Medicaid. Medicaid es un programa conjunto estatal y federal que ayuda a pagar los costos médicos para ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado. Las personas con Medicaid pueden recibir cobertura, por ciertos servicios que no cubre Medicare por ejemplo, el cuidado en un asilo de ancianos, cuidado en el hogar y medicinas recetadas para pacientes ambulatorios. Si desea más información sobre Medicaid, llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica (página 89).

7. Programas de ayuda

Existen programas que pueden ofrecerle descuentos o medicinas gratuitas. Si desea más información, busque en www.medicare.gov en Internet. Seleccione “Recetas Médicas y Otros Programas de Ayuda”. Si no tiene una computadora, su centro local para adultos de la tercera edad o biblioteca local puede ayudarlo a conseguir esta información. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir información al respecto. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

8.

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

PACE combina servicios médicos, sociales y cuidado de salud a largo plazo para las personas delicadas de salud. PACE podría ser una mejor opción para usted en lugar de obtener su cuidado de salud a través de un asilo de ancianos. PACE se encuentra disponible solo en los estados que han escogido brindarlo bajo [Medicaid](#).

Para averiguar si es elegible y si hay un PACE cerca a usted, o si necesita más información, llame a su Oficina Estatal de Asistencia Médica (página 89). También puede buscar las publicaciones de PACE y los números de teléfonos en www.medicare.gov/Nursing/Alternatives/PACE.asp en Internet.

Si está inscrito en PACE y tiene preguntas sobre las tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare, comuníquese con su organización PACE.

9.

Seguro de Cuidado a Largo Plazo

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. Generalmente, Medicare no cubre el cuidado a largo plazo.

Es muy importante que piense en un cuidado a largo plazo antes que lo necesite o antes que ocurra una crisis, así tendrá más control sobre sus decisiones. Si desea más información sobre los tipos de cuidado a largo plazo, consiga una copia de *Selección de Cuidado a Largo Plazo: Una Guía para las Personas con Medicare* (Pub. CMS No. 02223-S). Consulte la página 83 para detalles sobre cómo obtener esta publicación.

Si desea más información sobre seguros de cuidado a largo plazo, consiga una copia de la *Guía del Comprador de Seguros de Cuidado a Largo Plazo*, ya sea del Departamento de Seguros de su Estado (página 90) 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 93–95 para obtener el número de teléfono).

Sección

1

www.medicare.gov en el sitio Web.

¿Necesita respuestas rápidas e información ahora?

Visite el sitio de Medicare en Internet para obtener respuestas a sus preguntas.

Este sitio Web es actualizado regularmente. Visítelo con frecuencia.

Aquí ofrecemos algunas herramientas que puede usar para obtener respuestas rápidas.



Búsqueda Personalizada de Planes Medicare

Compare opciones de planes (incluidos los planes Medicare Advantage y seguros suplementarios) en su área.



Recetas Médicas y Otros Programas de Ayuda

Identifique programas que podrían ayudarle a pagar por sus medicamentos recetados y otros gastos de salud, incluye la información sobre la tarjeta de descuento para recetas médicas aprobada por Medicare.



Directorio de Médicos Participantes

Localice los médicos participantes en Medicare de su área.



Elegibilidad a Medicare

Determine su elegibilidad y el estatus de su inscripción.



Publicaciones

Vea, pida o descargue las publicaciones de Medicare.



Preguntas Frecuentes

Encuentre respuestas a sus preguntas sobre Medicare.



Su Cobertura Medicare

Averigüe cuál es su cobertura de servicios de salud en el plan Original de Medicare.

Compare calidad

Obtenga información sobre la calidad de los servicios brindados por cierto tipo de proveedores de salud en cualquier lugar del país. Consulte, Compare asilos de ancianos, Compare el cuidado de salud en el hogar, Compare centros de diálisis y la herramienta de Búsqueda personalizada de planes Medicare.

Sección 11: Para más información

1-800-MEDICARE—Línea de asistencia y ayuda

Medicare trabaja constantemente para mejorar su servicio. La línea de asistencia GRATIS del 1-800-MEDICARE ha reemplazado al sistema de selección por tonos por un sistema de contestador automático, que facilitará obtener la información que necesite las 24 horas del día incluyendo los fines de semana.

El nuevo sistema le hará preguntas a las que usted responderá oralmente (con su voz). Su llamada será enviada automáticamente a donde puedan darle la información que necesita.

Recuerde:

- hable claramente,
- llame desde un lugar silencioso y
- tenga con usted la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

Su llamada puede ser referida rápidamente si usted explica lo que necesita.

Si llama por...	Diga...
Tarjeta de descuento para recetas médicas aprobada por Medicare	“Tarjeta de descuento”
Cuentas médicas, atención médica ambulatoria o rayos X	“Servicio médico”
Visita al hospital como paciente ambulatorio o paciente interno o por atención en la sala de emergencias	“Estadía en el hospital”
Oxígeno, silla de ruedas, andadores, anteojos, suministros de diabetes o medicinas recetadas cubiertas por Medicare	“Suministros médicos”
Opciones de planes de salud de Medicare incluyendo Medicare Advantage	“Opciones de planes”
Preguntas frecuentes como ¿Qué cubre Medicare? o ¿Quién es elegible para Medicare? y otras preguntas importantes	“Respuestas”
Publicaciones de Medicare	“Publicaciones”
Si desea hablar con un representante de servicio al cliente	“Agente”

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

Publicaciones gratis de Medicare y temas relacionados

Medicare trata de darle información para ayudarlo a tomar buenas decisiones de salud. Puede leer o pedir gratis las publicaciones de Medicare para enterarse sobre los temas que le son de interés. Siempre estamos añadiendo nuevos manuales con información detallada sobre temas importantes.

¿Cómo consigo estas publicaciones?

1. Vaya a www.medicare.gov en Internet y seleccione “Publicaciones”. Puede leer, imprimir, o solicitar estos manuales. Esta es la manera más rápida de conseguir una copia.
2. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), y diga “Publicaciones”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Recibirá una copia dentro de tres semanas.
3. Ponga su nombre en la lista de correo para recibir un mensaje electrónico cada vez que sale una nueva publicación. Para registrarse, vaya a www.medicare.gov y seleccione “Lista de correo” en la parte superior de la página.

Muchos manuales se encuentran disponibles en inglés, español, audiocasete (en inglés y español), sistema Braille, y en letra grande (en inglés y español).

Nota: Es posible que ciertos folletos no estén impresos, pero todas las versiones más actualizadas estarán disponibles en www.medicare.gov en Internet. Si usted no tiene computadora, su biblioteca local o centro para personas de la tercera edad, quizá pueda ayudarlo a encontrarlas.

En la página siguiente encontrará una lista de algunas de las publicaciones disponibles que contienen información detallada sobre algunos temas tratados en este manual.

Publicaciones de Medicare disponibles

A continuación ofrecemos una lista de publicaciones que tratan algunos temas de este manual. También hay otras publicaciones disponibles que tratan otros temas.

- *Selección de una Póliza Medigap: Una Guía de Seguros de Salud para Personas en Medicare* (Pub. CMS No. 02110-S)
- NUEVO** ■ *Inscripción en Medicare* (Pub. CMS No. 11036-S)
- NUEVO** ■ *Una Guía en la Web para responder a sus preguntas* (Pub. CMS No. 11063-S)
- *Una Segunda Opinión Antes de una Cirugía* (Pub. CMS No. 02173-S)
- NUEVO** ■ *Una Guía para la Selección de la Tarjeta de Descuento para Recetas Médicas Aprobada por Medicare* (Pub. CMS No. 11062-S)
- *Medicare y las Pruebas Clínicas* (Pub. CMS No. 02226-S)
- *Medicare y el Cuidado de Salud en el Hogar* (Pub. CMS No. 10969-S)
- *Medicare y sus Beneficios de Salud Mental* (Pub. CMS No. 10184-S)
- *Medicare y la Cobertura de Servicios de Ambulancia* (Pub. CMS No. 11021-S)
- *Cobertura Medicare de Servicios y Suministros para Diabéticos* (Pub. CMS No. 11022-S)
- *Cobertura Medicare de Equipo Médico Duradero* (Pub. CMS No. 11045-S)
- *Cobertura Medicare de Servicios de Diálisis y Trasplante Renal* (Pub. CMS No. 10128-S)
- *Cobertura Medicare del Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada* (Pub. CMS No. 10153-S)
- *Cobertura Medicare fuera de los Estados Unidos* (Pub. CMS No. 11037-S)
- *Beneficios de Hospicio de Medicare* (Pub. CMS No. 02154-S)
- *Servicios Preventivos de Medicare para Mantenerlo Saludable* (Pub. CMS No. 10110-S)
- NUEVO** ■ *Datos de información sobre Medicare Advantage* (Pub. CMS No. 11061-S)
- *Sus Beneficios Medicare* (Pub. CMS No. 10116-S)
- *Sus Derechos y Protecciones Medicare* (Pub. CMS No. 10112-S)

Sección

12

Apelación—Una apelación es un tipo de queja especial que hace si no está de acuerdo con alguna decisión sobre sus servicios de salud o el pago de los mismos. También puede apelar si no está de acuerdo con la decisión de interrumpir un servicio que está recibiendo. Por ejemplo, usted podría apelar una decisión de Medicare de no pagar o no brindar un servicio o suministro que usted considera debería recibir. Hay un proceso específico que su plan Medicare Advantage o su plan Original Medicare deben seguir cuando usted presenta una apelación.

Calidad—Calidad es qué tan bien el plan de salud mantiene saludables a sus miembros o les brinda tratamiento cuando se enferman. Cuidado de salud de buena calidad significa que el plan está haciendo lo apropiado en el momento apropiado, para la persona apropiada y consiguiendo los mejores resultados posibles.

Cantidad Aprobada por Medicare—En el plan Original de Medicare, es el pago que Medicare establece como lo razonable por un servicio o suministro médico cubierto. Es la cantidad que usted y Medicare le pagarán a un médico o proveedor por un servicio o suministro. Puede ser menor que la cantidad real que cobra el médico o proveedor. A la cantidad aprobada a veces también se le llama “Cargo Aprobado”.

Cargo límite—En el plan Original de Medicare, es la cantidad máxima de dinero que los médicos y otros proveedores de cuidado de salud que no aceptan la asignación. El límite es del 15% por encima de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite se aplica únicamente a ciertos servicios, y no se aplica a suministros o equipos.

Centro de Rehabilitación General para Pacientes Ambulatorios (CORF)—Un centro que brinda una variedad de servicios incluidos servicios médicos, terapia física, servicios sociales o psicológicos y servicios ambulatorios de rehabilitación.

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

Coseguro—El porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare que usted tiene que pagar después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o la Parte B. En el plan Original Medicare, el pago del coseguro es un porcentaje de la cantidad aprobada por el servicio (por ejemplo, el 20%).

Cuidado ambulatorio—Cuidado médico o quirúrgico que no necesita internación en un hospital.

Cuidado de custodia—Cuidado personal no especializado como ayuda con las actividades diarias (bañarse, vestirse, comer, moverse, etc.). Puede incluir el tipo de actividad y atención que uno podría hacer por uno mismo como ponerse gotas oculares. En la mayoría de los casos, Medicare no paga por este tipo de cuidado.

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. 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 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, antes de que Medicare comience a pagar ya sea por cada período de beneficios para la Parte A, o por cada año para la Parte B. Estas cantidades pueden variar de año en año.

Derivar/Referir—El visto bueno de su médico de cabecera para que usted vea al especialista o reciba ciertos servicios. En muchos planes de salud administrados de Medicare, 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.

Días de Reserva de por Vida—En el plan Original de Medicare son 60 días que pagará Medicare cuando usted debe permanecer internado por más de 90 días durante un período de beneficios. Estos 60 días de reserva sólo lo puede usar una vez en su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos excepto el coseguro diario (\$438 en el 2004).

Empresa de Seguros Medicare—Una compañía privada contratada por Medicare para pagar las facturas de la Parte B.

Empresa de Seguros Regional de Equipo Médico Duradero—Una compañía privada contratada por Medicare para pagar las facturas por equipo médico duradero.

Hospital de Acceso Crítico—Un hospital autorizado por Medicare para brindar servicios ambulatorios y ciertos servicios de internación en zonas rurales.

Intermediario fiscal—Una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para pagar las cuentas de la Parte A, y algunas de la Parte B. (También llamado “Intermediario”).

Intermediario Regional de Cuidado de Salud en el Hogar—Una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para pagar las cuentas por su cuidado de salud en el hogar y controlar la calidad del mismo.

Internación—Cuidado de salud que usted recibe cuando pasa la noche en un hospital.

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 se cubren la mayoría de los costos de servicios de salud si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Médico de cabecera—Un médico entrenado para brindarle cuidado básico. Es el médico al cual acude primero para la mayoría de problemas de salud. Su médico primario puede hablar también con otros médicos o proveedores sobre su salud y referido a ellos. En muchos planes de salud administrados de Medicare, usted debe ver a su médico primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de salud.

Necesario por razones médicas—Servicios o suministros médicos que:

- son apropiados y necesarios para diagnosticar o tratar su condición médica;
- se utilizan para el diagnóstico, atención directa, y tratamiento de su condición médica;
- satisfacen las normas de la buena práctica médica en la comunidad médica de su área local; y
- no son primordiales para la conveniencia de usted o su médico.

Opción de Punto de Servicio "fuera de la red" (POS, por sus siglas en inglés)—Una opción de plan de salud administrado que le permite consultar a médicos u hospitales fuera de la red del plan, por un costo adicional.

Organizaciones para el Mejoramiento de Calidad—Grupos de médicos y otros expertos de la salud que están pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar el cuidado que se brinda a los beneficiarios de Medicare. Ellos analizan las quejas sobre la calidad de los servicios brindados por: los hospitales para pacientes internos, departamentos ambulatorios de los hospitales, salas de emergencias, centros de enfermería especializada, agencias de cuidado de salud en el hogar, planes Privados de Pago por Servicio y centros de cirugía ambulatoria.

Período de Beneficios—La forma en que Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted entra a un hospital o un 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 paciente interno de hospital para cada período de beneficios. No hay límite sobre el número de períodos de beneficios que usted puede tener.

Plan de Especialidad Medicare—Un tipo de plan Medicare Advantage que brinda atención médica especializada para algunas personas. Estos planes le brindan todos los servicios de Medicare más una atención especializada para tratar enfermedades específicas como fallo cardíaco, diabetes o Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD).

Plan de Salud Administrado Medicare—En la mayoría de los planes sólo puede acudir a los médicos, especialistas, u hospitales de la lista del plan. Los planes deben cubrir todo cuidado de salud de la Parte A y Parte B de Medicare. Algunos planes cubren beneficios extras, como por ejemplo días extras en el hospital. En muchos casos es un tipo de plan Medicare Advantage disponible en ciertas áreas del país. Sus costos pueden ser menores que con el plan Original Medicare.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)—Un tipo de plan Medicare Advantage en el que debe usar 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—Un programa Medicare que brinda más opciones de planes de salud. Toda persona con las Partes A y B de Medicare es elegible, excepto aquellos que padecen de enfermedad renal en etapa final, a menos que se apliquen ciertas excepciones. Los planes Medicare Advantage antes se llamaban planes Medicare + Opción.

Plan Privado de Pago por Servicio—Un plan Medicare Advantage con el que puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago del plan. El plan de seguros, en vez del programa Medicare, es el que decide cuánto pagará por los servicios brindados y cuánto le corresponde pagar a usted. Quizá pague más por beneficios cubiertos por Medicare. Puede que tenga beneficios adicionales que el plan Original Medicare no cubre.

Plan Original de Medicare—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). En algunos casos quizá le cobren más de la cantidad aprobada por Medicare. El plan Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico).

Póliza Medigap—Una póliza de seguros 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 Massachusetts, Minnesota, y Wisconsin, hay 10 planes estandarizados que llevan el nombre de la A a la J. Las pólizas Medigap solo 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, y asistencia a personas con Medicare.

Servicios Preventivos—Cuidado para mantenerlo saludable o prevenir enfermedades, como por ejemplo, exámenes Papanicoulau, exámenes pélvicos, mamografías anuales, y vacunas contra la gripe.

Telemedicina—Servicios profesionales brindados al paciente a través de un sistema de telecomunicación interactiva por el médico a distancia.

TTY—Teléfono de texto, es un dispositivo de comunicación para 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.

Contactos importantes

Sección

1B

En la lista a continuación encontrará los contactos a quién acudir con sus preguntas. Los números de teléfono son proporcionados por organizaciones que brindan servicios a nivel nacional. Para organizaciones locales, se brinda información para que pueda obtener los números de teléfono.

Para preguntas sobre:	Llame a:	Número de teléfono:
Cambio de Nombre/Dirección	Administración del Seguro Social Junta Ferroviaria de Retiro (RRB sólo beneficiarios)	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778 1-800-808-0772
Apelaciones	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	Vea las páginas 93-95
Derechos de apelación (internación)	Organización para el Mejoramiento de Calidad	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Programas de ayuda —programas (incluido Medicaid) para ayudar a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos y sus medicamentos.	Oficina Estatal de Ayuda Médica	Obtenga el número local llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Facturas —le ayudarán con sus preguntas relacionadas con las facturas por equipo médicos duradero como prótesis y otros suministros.	Empresa de Seguros Regional de Equipo Médico Duradero Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048 Vea las páginas 93-95
Quejas —sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare; las opciones de revisión podrían incluir la mediación.	Organización para el Mejoramiento de Calidad Oficinas Regionales de CMS	Obtenga el número local llamando 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048 Vea arriba

Sección 13: Contactos importantes

Para preguntas sobre:	Llame a:	Número de teléfono:
Notificación de defunción	Administración del Seguro Social Junta Ferroviaria de Retiro (RRB sólo beneficiarios)	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778 1-800-808-0772
Discriminación	Oficina de Derechos Civiles	1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697
Inscripción en Medicare	Administración del Seguro Social Junta Ferroviaria de Retiro (RRB sólo beneficiarios)	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778 1-800-808-0772
Fraude y abuso—general Parte A (Hospital) Parte B (Médico)	Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina del Inspector General Intermediario Fiscal Empresa de Seguros Medicare	1-800-447-8477 TTY 1-800-377-4950 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048 Vea arriba
Cuidado de Salud en el Hogar	Intermediario Regional de Salud en el Hogar	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Cuidado de Hospicio	Intermediario Regional de Salud en el Hogar	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Servicios ambulatorios en el hospital	Intermediario Fiscal	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Cuestionario Inicial de Inscripción (Medicare)	Contratista de Coordinación de Beneficios	1-800-999-1118 TTY 1-800-318-8782
Seguro—preguntas generales	Departamento Estatal de Seguros	Obtenga el número local llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Seguro de cuidado a largo plazo	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	Vea las páginas 93-95

Sección 13: Contactos importantes



Para preguntas sobre:	Llame a:	Número de teléfono:
Servicios Médicos	Empresa de Seguros Medicare	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Medicare (en general)	La línea de asistencia y ayuda de Medicare	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Tarjeta de Medicare (reemplazarla)	Administración del Seguro Social Junta Ferroviaria de Retiro (RRB sólo beneficiarios)	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778 1-800-808-0772
Planes de salud de Medicare —preguntas generales y lista de planes en su área. Selección de un plan	La línea de asistencia y ayuda de Medicare Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048 Vea las páginas 93-95
Derechos y Protecciones Medicare	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	Vea las páginas 93-95
Pólizas Medigap —preguntas generales y lista de planes en su área. Selección de una póliza	La línea de asistencia y ayuda de Medicare Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048 Vea las páginas 93-95
Beneficios para militares retirados	Departamento de Defensa	1-888-DOD-LIFE (1-888-363-5433) 1-800-538-9552
Otros seguros (quién paga primero)	Contratista de Coordinación de Beneficios	1-800-999-1118 TTY 1-800-318-8782
Parte A (hospital), facturas y servicios	Intermediario Fiscal	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048

Sección 13: Contactos importantes

Para preguntas sobre:	Llame a:	Número de teléfono:
Parte B (médico), facturas y servicios	<p>Empresa de Seguros Medicare</p> <p>Junta Ferroviaria de Retiro (RRB sólo beneficiarios)</p>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048</p> <p>1-800-808-0772</p>
<p>Pagos denegados</p> <p>Ayuda para presentar una apelación</p>	<p>Intermediario Fiscal Empresa de Seguros Medicare</p> <p>Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)</p>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048</p> <p>Vea las páginas 93-95</p>
<p>Privacidad Derechos y Protecciones de Privacidad de Medicare</p> <p>Quejas sobre privacidad</p>	<p>La línea de asistencia y ayuda de Medicare</p> <p>La línea de asistencia y ayuda de Medicare</p> <p>Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)</p>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048</p> <p>Vea arriba</p> <p>1-866-627-7748 TTY 1-800-537-7697</p>
Publicaciones de Medicare	La línea de asistencia y ayuda de Medicare	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Beneficios para retirados ferroviarios	Junta Ferroviaria de Retiro (RRB sólo beneficiarios)	Oficina local de la RRB ó 1-800-808-0772
Cuidado de enfermería especializada	Intermediario Fiscal	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048
Beneficios de Seguro Social	Administración del Seguro Social	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778
TRICARE for Life	Departamento de Defensa	1-888-DOD-LIFE (1-888-363-5433) 1-800-538-9552
Beneficios de veteranos	Departamento de Asuntos de Veteranos	1-800-827-1000 TTY 1-800-829-4833



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 13: Contactos importantes

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 13: Contactos importantes



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.

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 discapacida.	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 2004

Medicare & You 2005 (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.)

