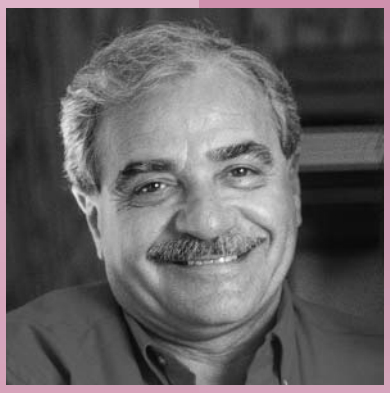
Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero



Esta publicación oficial del gobierno le explica:

- Cómo trabaja Medicare con otros seguros,
- Quién debe pagar sus gastos médicos primero, y
- Dónde obtener más información.

CMS
CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Bienvenido a

Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía sobre Quién Paga Primero!

Cómo puede ayudarle esta guía

Esta guía explica cómo funciona Medicare con otros seguros o cobertura de servicios de salud y quién debe ser el primero en pagar sus facturas. Algunos beneficiarios de Medicare tienen otro seguro o cobertura que debe pagar antes que Medicare pague la parte correspondiente. Usted puede tener más de un tipo de seguro que pagará antes que Medicare. Esto se aplica independientemente del modo en que usted obtenga sus beneficios de Medicare: a través del Plan Original de Medicare o Medicare Advantage (anteriormente Medicare + Opción). Informe a su médico, hospital u otro proveedor de la salud si tiene otro seguro o cobertura de salud. Esta información es importante para enviar las facturas al pagador que corresponda y evitar retrasos.

"Utilicé esta guía para averiguar quién pagaría primero por mis servicios médicos."

Cómo usar esta guía

Esta guía tiene seis secciones. Cada sección está señalada al comienzo de la página. La Sección 1 es un vistazo rápido del programa Medicare (ver páginas 1–4). La sección dos contiene información básica sobre quién paga primero si usted es un beneficiario de Medicare y tiene otro seguro o cobertura de salud (ver páginas 5–8). La sección tres le brinda detalles sobre cómo funciona Medicare con otros seguros (ver páginas 9–28). En esta sección, encontrará información importante sobre cómo trabaja Medicare con un tipo específico de seguro o de cobertura. La sección cuatro incluye la definición de términos importantes (ver páginas 29–32). Si necesita información adicional, use la lista de números telefónicos de la sección cinco (ver páginas 33–36). Para localizar un tema específico, utilice el índice de la sección seis (ver páginas 37–38).

Tabla de Contenido

1 **Sección 1: Un Vistazo Rápido a Medicare 1–4**

Planes de salud de Medicare 1–2
La Parte A de Medicare 2
La Parte B de Medicare 2–3
La Parte B de Medicare y un plan de salud grupal 4

2 **Sección 2: Información Básica 5–8**

Un resumen: Quién paga primero 5–6
Información general sobre Medicare y otros seguros de salud 7–8

3 **Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica 9–28**

Medicare y el seguro médico grupal 10–12
Medicare y el seguro médico grupal una vez que se ha jubilado . . . 12–13
Medicare y el seguro médico grupal para incapacitados 13–14
Medicare y el seguro médico grupal para personas con ESRD 14
Medicare y el seguro sin parte culpable o seguro de responsabilidad 15–17
Medicare y el seguro de compensación al trabajador 17–21
Medicare y los beneficios para veteranos 21–23
Medicare y TRICARE 23–24
Medicare y el Programa de Enfermedad Pulmonar Minera 24–25
Medicare y COBRA 25–28

4 **Sección 4: Palabras Que Debe Saber 29–32**

Definición de las palabras en color rojo.

5 **Sección 5: Números de Teléfonos Importantes 33–36**

Teléfonos importantes para cada estado.

6 **Sección 6: Índice 37–38**

Lista alfabética de los temas en esta guía.

"Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía Sobre Quién Paga Primero" no es un documento legal. Las normas oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

La información en esta guía estaba correcta cuando fue impresa. Puede haber cambios después de la impresión. Para una versión más actualizada visite www.medicare.gov por el Internet. Seleccione "Publicaciones" o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Un representante de servicio al cliente le podrá decir si la información ha sido actualizada. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

“Mantenemos esta guía a nuestro alcance para consultarla si tenemos alguna pregunta.”

Sección 1: Un Vistazo Rápido a Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un seguro de salud para:

- Personas de 65 años o más.
- Personas menores de 65 años con ciertas incapacidades.
- Personas de cualquier edad que padecen de Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Medicare tiene

- **La Parte A**, Seguro de Hospital, ver la página 2.
  La mayoría de las personas no tienen que pagar por la Parte A.
- **La Parte B**, Seguro Médico, ver las páginas 2–4.
  La mayoría de las personas pagan mensualmente por la Parte B.

Opciones de Planes de Salud de Medicare

Según la zona en donde vive, puede obtener su atención médica de diferentes maneras. Medicare le ofrece los tipos de planes siguientes:

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Plan Original de Medicare—Es un plan de "pago-por-servicio". Lo que significa que usted debe pagar una cuota por cada servicio o suministro que reciba. Este plan, administrado por el gobierno federal, está disponible en todo el país. Usted permanecerá en el Plan Original de Medicare a menos que decida inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Opciones de Planes de Salud de Medicare (continuación)

Planes Medicare Advantage—Medicare Advantage es el nuevo nombre de los Planes Medicare + Opción. Estos planes tienen un contrato con Medicare para brindar atención médica. Hay varios tipos de Planes Medicare Advantage que están disponibles en muchas partes del país.

Los Planes Medicare Advantage incluyen

- Planes de Salud Administrados
- Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO por sus siglas en inglés)
- Planes Privados de Pago-por-Servicio
- Planes de Especialidad Medicare

La Parte A de Medicare

Medicare Parte A - Seguro de Hospital, ayuda a pagar por su internación en hospitales, hospitales de acceso crítico, y centros de enfermería especializada (no paga 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. Para más información llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Costo: La mayoría de las personas no tienen que pagar una cuota mensual, llamada prima, para conseguir la Parte A de Medicare ya que ellos o su cónyuge pagaron sus impuestos de Medicare mientras trabajaban.

La Parte B de Medicare

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Medicare Parte B - Seguro Médico, le ayuda a pagar por 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.

Costo: Usted paga la prima mensual de la Parte B de $78.20 en el 2005. Esta cantidad cambiará el 1 de enero de 2006. Las primas pueden cambiar cada año. En algunos casos esta cantidad puede ser más alta si usted no escogió la Parte B cuando fue elegible por primera vez.

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 decide inscribirse en la Parte B de Medicare, la prima generalmente se descontará de su ingreso mensual del Seguro Social, Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración del Personal. En estos casos, usted no recibirá una factura por la prima. Si no recibe alguno de estos ingresos, Medicare le enviará una factura por la prima de la Parte B cada tres meses.

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

1. Período Inicial de Inscripción
2. Período General de Inscripción
3. Período Especial de Inscripción

Es importante que sepa sobre estos períodos de inscripción porque pueden afectar su prima mensual. Para más información, obtenga una copia de "*Inscribirse en Medicare*" (Pub. CMS No. 11036-S) visitando www.medicare.gov por Internet y seleccionando "Publicaciones" ó llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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.

La Parte B y el seguro médico grupal

Si tiene la Parte B de Medicare y la abandona porque usted o su cónyuge o familiar están trabajando y tienen seguro médico 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 grupal haya comenzado antes de abandonar la Parte B. En este caso, el costo de la Parte B no aumentará 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.

Para más información sobre el seguro de salud grupal, ver las páginas 10–12.

¿Necesita más información?

Para más información sobre la inscripción en las Parte A y Parte B de Medicare, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. 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. también puede obtener una copia gratis de la publicación "*Inscribirse en Medicare*" (Pub. CMS No. 11036-S) visitando www.medicare.gov por Internet y seleccionando "Publicaciones", o llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Sección 2: Información Básica

Un resumen sobre quién paga primero cuando usted tiene otro seguro médico

Si usted tiene Medicare y otro seguro o cobertura de servicios de salud, dígaselo a su médico o proveedor. Esto les ayudará a enviar las cuentas al seguro correspondiente y de este modo evitar retrasos en los pagos. Que Medicare sea el pagador primario o secundario dependerá de varias cosas. Usted debe consultar la información del cuadro a continuación para averiguar quién paga primero. Sin embargo, este cuadro no cubre todas las situaciones. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si su seguro cambia, llame al Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

Si usted....	Requisitos	Pagador primario	Pagador secundario	Ver página(s)
Tiene 65 años o más y un plan de seguro médico grupal por su empleo o el de su cónyuge (de cualquier edad)	Tiene derecho a Medicare El empleador tiene 20 o más empleados	Plan de salud grupal	Medicare	10
	El empleador tiene menos de 20 empleados*	Medicare	Plan de salud grupal	11
Tiene un seguro de salud grupal después de jubilarse y tiene 65 años o más	Tiene derecho a Medicare	Medicare	Cobertura de Retirado	12–13
Está incapacitado y tiene un plan de seguro de salud grupal grande por su empleo o por el de un familiar que está trabajando	Tiene derecho a Medicare El empleador tiene 100 o más empleados	Plan de salud grupal	Medicare	13–14
	El empleador tiene menos de 100 empleados**	Medicare	Plan de salud grupal	13

* (o, si es parte de un plan de empleadores múltiples en el que un empleador tiene 20 o más empleados, si el plan pidió una exención aprobada por Medicare.)

** (y no es parte de un plan de empleadores múltiples en que cualquier empleador tiene 100 o más empleados.)

Sección 2: Información Básica

Si usted....	Requisitos	Pagador primario	Pagador secundario	Ver página(s)
Padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia renal permanente) y tiene un seguro de salud grupal (incluido un plan para jubilados)	Los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare	Plan de salud grupal	Medicare	14
	Después de 30 meses	Medicare	Plan de salud grupal	14
Padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia renal permanente) y tiene COBRA	Los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare	COBRA	Medicare	25–28
	Después de 30 meses	Medicare	COBRA	14
Ha estado en un accidente donde no participe un seguro de responsabilidad o sin parte culpable	Tiene derecho a Medicare	Seguro sin parte culpable o de responsabilidad, para los servicios relacionados con el accidente	Medicare	15–17
Tiene seguro de compensación al trabajador/accidente de trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con su empleo	Tiene derecho a Medicare	Seguro de compensación al trabajador para servicios relacionados con el reclamo	Generalmente no se aplica. Sin embargo, Medicare podría hacer un pago condicional.	17–21
Es un veterano y recibe los beneficios para veteranos	Derecho a Medicare y a los beneficios de veteranos	Medicare paga por los servicios cubiertos	Generalmente no se aplica.	21–23
		VA paga por los servicios autorizados por la Administración de Veteranos		
		Nota: Por lo general Medicare y la VA no pagan por el mismo servicio		
Tiene TRICARE	Derecho a Medicare	Medicare paga por los servicios cubiertos	TRICARE puede pagar segundo.	23–24
		TRICARE paga por los servicios en un hospital militar y de cualquier otro proveedor federal		
Padece de Enfermedad Pulmonar Minera y está cubierto por el programa federal de Enfermedad Pulmonar Minera	Tiene derecho a Medicare y al programa federal de Enfermedad Pulmonar Minera	El programa federal de Enfermedad Pulmonar Minera para servicios relacionados con dicha enfermedad	Medicare	24–25
Tiene 65 años o más ó está incapacitado y cubierto por Medicare y COBRA	Derecho a Medicare	Medicare	COBRA	25–28

Información general sobre Medicare y otros seguros médicos

Todavía no he cumplido 65 años. ¿Cómo se enterará Medicare que tengo otro seguro médico?

Medicare no se enterará automáticamente que usted tiene otro tipo de cobertura o seguro médico. Medicare envía un cuestionario titulado Cuestionario Inicial de Inscripción aproximadamente tres meses antes que usted sea elegible para Medicare. En el cuestionario se le preguntará si tiene seguro grupal a través de su empleo o el de un familiar y si piensa conservarlo. Sus respuestas a este cuestionario ayudarán a Medicare a crear su archivo y asegurarse que los reclamos son pagados por el seguro que corresponde.

Ejemplo
Juan tiene casi 65 años, pronto se jubilará y se inscribirá en Medicare. Su esposa Nora, tiene 63 años y trabaja para una empresa. Ambos tienen el plan de salud grupal del empleador de Nora. Cuando Juan reciba por correo el Cuestionario de Inicial de Inscripción informará que tiene seguro médico por el empleo de su esposa. Este seguro médico será el pagador primario de Juan y Medicare será el pagador secundario.

¿Qué ocurre si mi seguro médico cambia después que haya completado el Cuestionario Inicial de Inscripción?

Si su seguro médico cambia usted tendrá que:

- Llamar al Contratista de Coordinación de Beneficios al 1-800-999-1118 e informarle sobre el/los cambio(s). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.
- Dar al Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare el nombre y dirección de su plan de salud, número de póliza y fecha en que cambio o terminó la cobertura y porqué.
- Avisar a su médico y otros proveedores sobre el cambio en su seguro médico.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Información general sobre Medicare y otros seguros médicos (continuación)

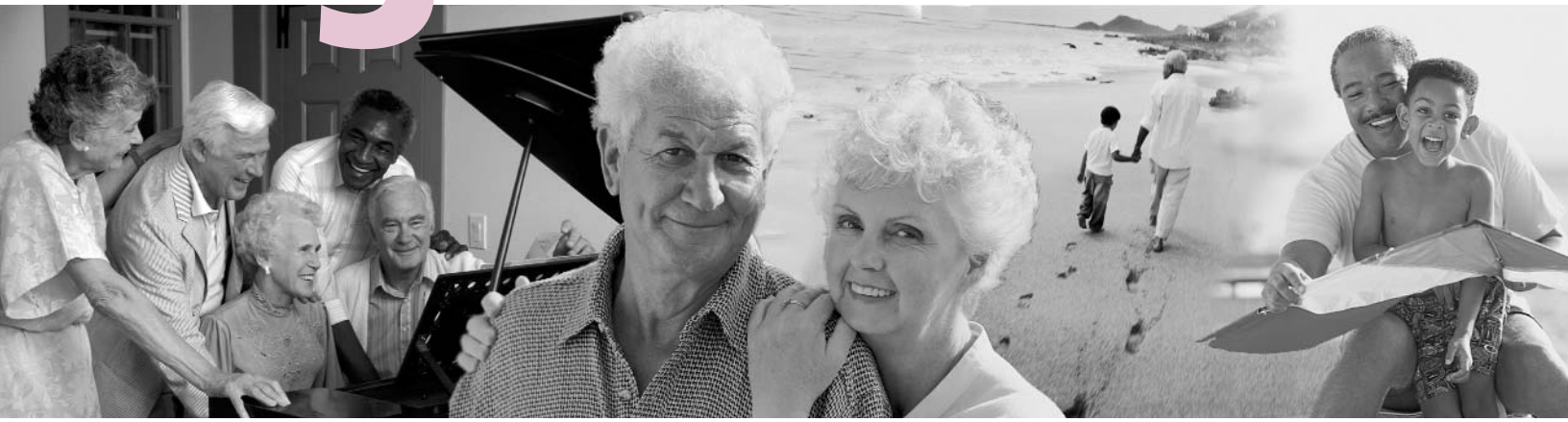
¿Qué ocurre si tengo más de un seguro médico además de Medicare?

Usted puede tener más de un tipo de cobertura o seguro médico que paguen antes o junto con Medicare. Si tiene preguntas sobre quién debe pagar, o quién paga primero, revise su póliza. Quizá incluya una cláusula sobre coordinación de beneficios. Para respuestas sobre Medicare, quién paga primero o cómo funciona Medicare con otros seguros médicos, llame al Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare al 1-800-999-1118.

¿A quién debo llamar con mis preguntas sobre quién pagará primero?

Usted puede llamar al administrador de beneficios de su plan de salud ó al Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

Sección 3: Medicare y Otros Seguros o Cobertura Médica



Esta sección brinda información más detallada sobre los distintos tipos de seguro o cobertura que usted podría tener y, cómo funcionan con Medicare.

La Sección 3 incluye:

Medicare y el seguro médico grupal 10–12

Medicare y el seguro médico grupal una vez que se ha jubilado 12–13

Medicare y el seguro médico grupal para incapacitados 13–14

Medicare y el seguro médico grupal para personas con ESRD 14

Medicare y seguro sin parte culpable o seguro de responsabilidad 15–17

Medicare y el seguro de compensación al trabajador 17–21

Medicare y los beneficios de veteranos 21–23

Medicare y TRICARE 23–24

Medicare y el programa federal de Enfermedad Pulmonar Minera 24–25

Medicare y COBRA 25–28

Medicare y el seguro médico grupal

Cuando usted cumple 65 años, hay ciertas decisiones importantes que tiene que tomar sobre el seguro médico, tales como inscribirse en la Parte B de Medicare, comprar o no una póliza Medigap y/o conservar su seguro de empleador o de jubilado. Para asegurarse de no pagar más por la Parte B de Medicare y otro seguro y, al mismo tiempo determinar qué es lo mejor para usted, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Solicite una copia gratis de la *Selección de una Póliza Medigap: Guía de Seguros de Salud para Personas con Medicare* (Pub. CMS No. 02110-S). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov y seleccionar "Publicaciones". Si lo desea puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver las páginas 34–36).

¿Qué es un seguro médico grupal?

El seguro médico grupal es la cobertura ofrecida por muchos empleadores y sindicatos para sus empleados o jubilados. También podría obtener un seguro médico grupal a través del empleo de su cónyuge o de algún familiar.

Si usted es elegible para Medicare y le ofrecen cobertura de un plan de salud grupal, usted podría aceptar o rechazar el plan. El plan de salud grupal podría ser un plan de pago-por-servicio o un plan de salud administrado, como un HMO o un PPO.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Tengo Medicare y un seguro médico grupal. ¿Quién paga primero?

Generalmente, si usted tiene 65 años o más y tiene cobertura de un plan de salud grupal por su empleo actual o el empleo actual de su cónyuge, Medicare será el pagador secundario si el empleador tiene 20 o más empleados y el seguro del empleador cubre algunos de los servicios que Medicare. Esto significa que el plan de salud grupal es el pagador primario (vea el ejemplo a continuación). El plan pagará primero las facturas del hospital y médicas. Si el plan de salud grupal no pagó todas sus facturas, el médico u otro proveedor deben enviar la factura a Medicare en su calidad de pagador secundario. Medicare revisará lo que ha pagado su plan por los servicios cubiertos por Medicare y luego pagará cualquier suma adicional aprobada por Medicare. Usted tendrá que pagar los costos por servicios que no estén cubiertos ni por el plan ni por Medicare.

Ejemplo
Mirta tiene 72 años y trabaja a tiempo completo para la empresa ABC que tiene 75 empleados. Mirta tiene seguro médico grupal de su empleador. Por lo tanto, su plan de salud grupal será el pagador primario y Medicare el secundario.

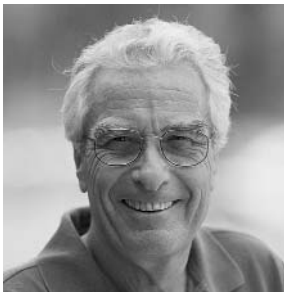
Medicare y el seguro médico grupal (continuación)

Trabajo para una empresa pequeña y tengo Medicare. ¿Quién paga primero?

Si su empleador tiene menos de 20 empleados, Medicare será por lo general el pagador primario. Sin embargo, si su empleador es parte de un plan de empleadores múltiples y si cualquiera de estos empleadores tiene 20 o más empleados, el plan debe solicitar una exención, la cual debe ser aprobada por Medicare antes que Medicare pueda ser el pagador primario.

He decidido no aceptar la cobertura grupal de mi empleador. ¿Quién es mi pagador primario?

Si no tomó el seguro médico grupal por su empleo y no tiene cobertura por el empleo de su cónyuge, entonces Medicare será su pagador primario (vea el ejemplo a continuación). Medicare pagará su parte de cualquier servicio cubierto por Medicare que usted reciba.



Ejemplo
Pablo tiene 67 años, trabaja a tiempo completo para la compañía DEK y ha decidido no aceptar el plan médico grupal de su empleador. Por lo tanto, Medicare es el pagador primario.

He decidido no aceptar la cobertura grupal de mi empleador. ¿Qué tipo de seguro médico puede ofrecerme mi empleador?

Si decide no aceptar el plan médico grupal ofrecido por su empleador, es posible que el mismo le ofrezca un plan que pague por los servicios que no cubre Medicare tales como aparatos de asistencia auditiva, cuidado dental de rutina, medicamentos recetados y control médico de rutina. Sin embargo, su empleador no puede ofrecerle un plan que pague por beneficios adicionales a los cubiertos por Medicare o que pague por esos beneficios de algún otro modo.

¿Qué ocurre si abandono la cobertura médica de mi empleador?

Medicare es su pagador primario a menos que usted tenga cobertura de empleador por el empleo de su cónyuge.

Nota: Si usted rechaza o abandona la cobertura médica grupal de empleador, es posible que después no pueda obtenerla o recuperarla. También puede que le nieguen cobertura cuando se jubile, si es que su empleador o el de su cónyuge ofrece cobertura para jubilados, debido a que no estuvo inscrito en el plan mientras usted o su cónyuge estaban trabajando. Llame a su administrador de beneficios para obtener más información antes de tomar una decisión.

Medicare y el seguro médico grupal (continuación)

¿Qué beneficios de salud debe ofrecerme mi empleador si tengo 65 años o más y todavía estoy trabajando?

Generalmente, los empleadores con 20 o más empleados deben ofrecerle a los empleados de 65 años o más, los mismos beneficios y bajo las mismas condiciones que a los empleados más jóvenes. Si el empleador ofrece cobertura a los cónyuges, deben ofrecer a los cónyuges de 65 años o más, los mismos beneficios que a los cónyuges menores de 65 años.

Medicare y el seguro médico grupal una vez que se ha jubilado

¿Cómo funciona la cobertura médica de jubilados?

El seguro médico de jubilados de su ex-empleador o sindicato ó el de su cónyuge, no es una póliza Medigap. Sin embargo, como las pólizas Medigap, ofrece beneficios que no cubre Medicare y algunas veces ofrece beneficios adicionales como días adicionales en el hospital. Esta cobertura podría no pagar por sus gastos médicos durante cualquier período en que usted fue elegible para inscribirse en Medicare y no lo hizo. Verifique si puede conservar la cobertura médica de su empleador cuando se jubile. Averigüe sobre los beneficios y precios, incluyendo cobertura para su cónyuge. Entérese de cuál será el efecto que tendrá si continúa con su cobertura como jubilado en el seguro médico suyo y de su cónyuge. La cobertura de jubilado brindada por su empleador o sindicato podría tener un límite para la cantidad que paga. También podría ofrecer cobertura contra pérdidas (stop loss) o un límite para los gastos directos de su bolsillo. Cuando reúna los requisitos para inscribirse en Medicare, debe hacerlos en las Partes A y B para recibir la totalidad de los beneficios de su cobertura médica de jubilado.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Si no está muy seguro de cómo funciona su cobertura de jubilado con Medicare, obtenga una copia del manual de beneficios de su plan o vea la descripción del plan que le brinda su empleador o sindicato. También puede comunicarse con el administrador de beneficios y preguntarle cómo paga el plan si usted tiene Medicare.

Nota: Generalmente, cuando usted tiene un seguro médico de jubilado de un empleador o sindicato, ellos tienen el control sobre el seguro médico. Pueden cambiarlos beneficios o las primas y si lo desean hasta cancelar el seguro.

Medicare y el seguro médico grupal una vez que se ha jubilado (continuación)

Tengo Medicare y cobertura médica de jubilados. ¿Quién paga primero?

Por lo general, Medicare pagará primero y su seguro médico de jubilado será el pagador secundario.

¿Qué ocurre si tengo un seguro médico de jubilado y mi ex-empleador se declara en bancarrota?

Si su ex-empleador se declara en bancarrota, es posible que usted pueda estar protegido por los reglamentos federales de COBRA. Estos reglamentos obligan a cualquier otra compañía de la misma corporación que siga ofreciendo un plan de salud grupal a sus empleados, a que le ofrezca los beneficios de COBRA (continuación de cobertura) a través del plan (ver las páginas 25-28).

Medicare y el seguro médico grupal para incapacitados

Tengo menos de 65 años, estoy incapacitado, tengo Medicare y un plan de salud grupal de mi empleador actual. ¿Quién paga primero?

Depende. Generalmente si su empleador tiene menos de 100 empleados, Medicare será el pagador primario si:

- Usted tiene menos de 65 años y
- Tiene Medicare debido a una incapacidad.

Si su empleador tiene 100 empleados o más, el plan se llamará plan de salud de grupo grande. Si usted tiene cobertura de un plan de salud de grupo grande a través de su empleador actual o del de algún miembro de su familia, Medicare será el pagador secundario (ver el ejemplo de la página 14).

A veces los empleadores con menos de 100 empleados se juntan con otros empleadores en un plan de empleadores múltiples. Si por lo menos uno de esos empleadores tiene 100 empleados o más, Medicare será el pagador secundario para los beneficiarios Medicare incapacitados inscritos en el plan, incluidos aquellos que tienen cobertura de empleadores pequeños. Algunos planes de salud de grupo grande permiten a otras personas inscribirse en el plan por ejemplo a una persona que trabaja por cuenta propia, el socio de un empleador o algún familiar de estas personas. Un plan de salud de grupo grande no puede tratar a los miembros del plan de manera distinta porque sean incapacitados y tengan Medicare.

Medicare y el seguro médico grupal para incapacitados (continuación)

Ejemplo
Juana trabaja a tiempo completo para XYZ, una empresa de 120 empleados. Juana tiene cobertura médica de grupo grande para su esposo y para ella. El esposo tiene cobertura Medicare por una incapacidad, por lo tanto, el seguro de grupo grande de Juana será quien pague primero por los gastos médicos del esposo de Juana y Medicare será el pagador secundario.

Medicare y el seguro médico grupal para personas que padecen de ESRD (Insuficiencia Renal Permanente

Tengo ESRD y un seguro médico grupal. ¿Quién paga primero?

Si puede inscribirse en Medicare debido a que padece de ESRD, su plan de salud grupal será quien pague primero los gastos de hospital y médicos por un período de 30 meses, independientemente que usted tenga o no Medicare o la tarjeta de Medicare. En este período, Medicare será el pagador secundario. El plan grupal pagará primero sin que importe cuántos empleados tiene su empleador o si usted o un miembro de su familia están trabajando actualmente. Al terminar el período de treinta meses, Medicare pasará a ser el pagador primario. Esta regla se aplica a la mayoría de las personas que padecen de ESRD ya sea que usted tenga su propia cobertura grupal o tenga cobertura médica a través de un familiar.

Ejemplo
Pedro tiene cobertura Medicare porque padece de insuficiencia renal permanente. También tiene el seguro médico grupal de la empresa para la que trabaja. Su seguro médico grupal será quien pague primero durante los 30 meses siguientes a los que Pedro haya sido elegible para Medicare. Después de 30 meses, Medicare será el pagador primario.

Medicare y un seguro sin parte culpable o de responsabilidad

Medicare es el pagador secundario cuando existe un seguro sin parte culpable o de responsabilidad que actuará como pagador primario

¿Qué es un seguro sin parte culpable?

Es un tipo de seguro que paga por los servicios que usted necesite a consecuencia de un accidente o de daño a su propiedad independientemente de quién sea culpable del accidente.

Algunos tipos de seguro sin parte culpable incluyen:

- Seguro de automóvil
- Seguro de propiedad
- Seguros comerciales

¿Qué es un seguro de responsabilidad?

El seguro de responsabilidad es la cobertura que lo protege contra reclamos sobre negligencia, conducta inapropiada o falta de acción que pudiera resultar en daño a una persona o propiedad.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Los seguros de responsabilidad incluyen pero no se limitan a:

- Seguro de responsabilidad de propiedad
- Seguro de responsabilidad de automóvil
- Seguro de responsabilidad de productos
- Seguro de responsabilidad de negligencia
- Seguro de responsabilidad contra conductores no asegurados
- Seguro de responsabilidad contra conductores poco asegurados

Ejemplo
Teresa tiene 68 años, de visita en casa de su hija, se cae y se lastima. Mientras está en la sala de emergencia del hospital le preguntan si su hija tiene seguro de propiedad. Dado que su hija lo tiene, el hospital enviará a Medicare toda la información sobre ese otro seguro (en este caso, el seguro de responsabilidad de propietario) quien pagará primero.

Medicare y un seguro sin parte culpable o de responsabilidad (continuación)

Si espero recibir dinero de un seguro sin parte culpable o de responsabilidad y tengo Medicare, ¿quién debe pagar primero?

El seguro sin parte culpable o el seguro de responsabilidad deberían pagar primero. Si los médicos o proveedores deciden que los servicios que usted recibió pueden ser pagados por un seguro sin parte culpable o de responsabilidad, deben intentar obtener los pagos de esas compañías de seguro antes de enviar las facturas a Medicare. Sin embargo, esto puede demorar. Si la compañía de seguro no paga en 120 días, su proveedor de servicios de salud quizá envíe la factura a Medicare. En ese caso Medicare podría hacer un pago condicional.

¿Qué es un pago condicional?

Un pago condicional es un pago que hace Medicare por servicios que deberían ser pagados por otro seguro. Este pago condicional se hace para evitar que usted tenga que pagar por esos servicios de su propio bolsillo. El pago es "condicional" porque se debe devolver a Medicare una vez que se haya llegado a un acuerdo.

Nota: Si Medicare hace un pago condicional y luego usted recibe compensación de la compañía de seguro, Medicare recuperará la cantidad del pago condicional del acuerdo, sentencia o adjudicación. Usted tiene la responsabilidad de asegurarse que se reembolse a Medicare por el pago condicional.

Ejemplo
Carmen iba conduciendo cuando la chocaron y tuvo que ir al hospital. El hospital trata de cobrarle al seguro del conductor que la chocó. La compañía de seguro disputa los cargos de culpabilidad y no paga por el reclamo inmediatamente. El hospital envía la factura a Medicare quien hará un pago condicional por los servicios recibidos por Carmen. Después y una vez que se haya llegado a un acuerdo con el seguro de responsabilidad, Carmen debe asegurarse que se reembolse a Medicare por el pago condicional.

Medicare y un seguro sin parte culpable o de responsabilidad (continuación)

¿Cómo se reembolsa a Medicare por un pago condicional?

Si Medicare hace un pago condicional, usted o su abogado deben comunicarse con el Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare (COBC por sus siglas en inglés) al 1-800-999-1118 en cuanto el reclamo al seguro sin parte culpable o al seguro de responsabilidad haya sido presentado. El COBC asignará a una persona de Medicare para que se haga cargo del caso. Este contratista usará la información que usted le ha proporcionado al COBC para recopilar información sobre cualquier pago condicional de Medicare relacionado con el acuerdo, sentencia o adjudicación pendiente. Cuando se haya llegado a un acuerdo, sentencia o adjudicación final, usted o su abogado deberán comunicarse con el contratista de Medicare. Dicho contratista les dirá la cantidad que deben devolver, si tuviera que rembolsar algún pago y le enviará una carta solicitando el reembolso.

¿Quién paga si el seguro sin parte culpable o el seguro de responsabilidad no paga, o rechaza la factura por servicios médicos?

En este caso, Medicare pagará primero. Sin embargo, Medicare solo pagará por los servicios cubiertos por Medicare. Usted será responsable de pagar la parte de la factura que le corresponde y los servicios que Medicare no cubre.

¿A quién debo llamar si tengo alguna pregunta?

Si tiene preguntas sobre reclamos a seguro sin parte culpable o seguro de responsabilidad, llame a la compañía de seguro. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, llame al Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Medicare y el seguro de compensación al trabajador

¿Qué es la compensación al trabajador o seguro de accidente de trabajo?

Es un seguro que los empleadores deben tener para la cobertura médica de aquellos empleados que se enferman o tienen un accidente en el lugar de trabajo. La mayoría de los empleados están cubiertos por planes de compensación al trabajador.

Medicare y el seguro de compensación al trabajador (continuación)

Tengo Medicare y he presentado un reclamo por accidente de trabajo. ¿Quién paga primero?

Si cree que tiene una enfermedad o herida relacionada con el trabajo, debe comunicárselo a su empleador o presentar un reclamo al seguro de compensación al trabajador.

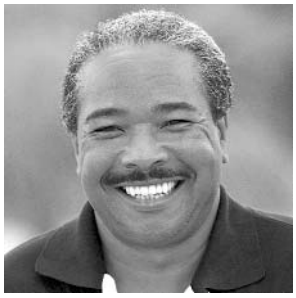
También debe llamar al Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare al 1-800-999-1118 en cuanto presente su reclamo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.

El seguro de compensación al trabajador pagará primero por gastos y servicios médicos que haya recibido debido a un accidente o enfermedad relacionada con su trabajo. Puede que haya una demora entre el momento en que presenta su reclamo y el momento en que el seguro médico estatal de compensación al trabajador decida que debe pagar su factura. Medicare no puede pagar por un período de 120 días por artículos o servicios por los que pagará el seguro de compensación al trabajador. Si dicho seguro no paga en 120 días, entonces Medicare hará un pago condicional.

¿Qué es un pago condicional?

Un pago condicional es un pago que hace Medicare por servicios que deberían ser pagados por otro seguro. Este pago condicional se hace para evitar que usted tenga que pagar por esos servicios de su propio bolsillo. El pago es "condicional" porque se debe devolver a Medicare una vez que se haya llegado a un acuerdo con la compañía de seguro de compensación al trabajador.

Nota: Un pago condicional es un pago que hace Medicare por servicios que deberían ser pagados por otro seguro. Este pago condicional se hace para evitar que usted tenga que pagar por esos servicios de su propio bolsillo. El pago es "condicional" porque se debe devolver a Medicare una vez que se haya llegado a un acuerdo con la compañía de seguro de compensación al trabajador.



Ejemplo

Carlos se lastimó en el trabajo. Presentó un reclamo al seguro de compensación al trabajador y la factura por sus gastos médicos. Después de 120 días, el seguro estatal de compensación al trabajador no había pagado la factura. El médico de Carlos entonces envió la factura a Medicare y una copia del reclamo por accidente de trabajo con el reclamo de pago hecho a Medicare. Medicare puede hacer un pago condicional por los servicios que Carlos ha recibido. Después, cuando se llegue a un acuerdo con la agencia estatal de compensación al trabajador, Carlos debe asegurarse que se reembolse a Medicare la cantidad del pago condicional.

Medicare y el seguro de compensación al trabajador (continuación)

¿Cómo se reembolsa a Medicare por un pago condicional?

Si Medicare hace un pago condicional, usted o su abogado deben comunicarse con el Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare (COBC por sus siglas en inglés) al 1-800-999-1118 en cuanto el reclamo al seguro de compensación al trabajador haya sido presentado. El COBC asignará a una persona de Medicare para que se haga cargo del caso. Este contratista usará la información que usted le ha proporcionado al COBC para recopilar información sobre cualquier pago condicional de Medicare relacionado con el acuerdo, sentencia o adjudicación pendiente. Cuando se haya llegado a un acuerdo, sentencia o adjudicación final, usted o su abogado deberán comunicarse con el contratista de Medicare. Dicho contratista les dirá la cantidad que deben devolver, si tuviera que rembolsar algún pago, y le enviará una carta solicitando el reembolso.

¿Qué ocurre si deseo llegar a un acuerdo sobre mi reclamo por accidente de trabajo/compensación al trabajador

Debe considerar el interés de Medicare como parte del acuerdo de compensación. Lo que significa que si el acuerdo propuesto incluye fondos para gastos médicos futuros, usted o su abogado deben enviar el acuerdo propuesto al contratista de coordinación de beneficios de Medicare.

Hay varias formas de comunicarse con el Contratista de Coordinación de Beneficios:

- CMS
  c/o Coordination of Benefits Contractor
  P.O. Box 660
  New York, NY 10274-0660
  Attention: WCMSA Proposal
- Llame al COBC al 1-800-999-1188

También puede obtener más información sobre los requisitos para el acuerdo propuesto, visitando www.cms.hhs.gov/medicare/cob/PDF/wcchecklist. pdf por Internet.

La información que le hemos brindado es para un acuerdo sobre reclamos de compensación al trabajador. Para averiguar sobre el dinero destinado para gastos médicos (set aside arrangements), vea la página 20.

Medicare y el seguro de compensación al trabajador (continuación)

He recibido una suma global de dinero del seguro de compensación al trabajador. ¿Cómo debo utilizar la cantidad asignada a Medicare para gastos médicos futuros si soy yo quien administra ese dinero?

Si ha recibido una suma global de dinero como parte del acuerdo con el seguro de compensación al trabajador, debe tener mucho cuidado de cómo gasta el dinero que fue específicamente asignado para Medicare. Este dinero (set aside arrangement) está destinado a cubrir sus gastos médicos futuros relacionados a su enfermedad o herida en el lugar de trabajo que, en otro caso hubiesen sido pagados por Medicare. Esto significa que usted no puede usar ese dinero para pagar por servicios para enfermedad o accidente en el trabajo que Medicare no cubra (por ejemplo, servicios dentales). Si no está seguro de los servicios que cubre Medicare, debe llamar a su empresa de seguros Medicare antes de empezar a gastar el dinero que se asignó a Medicare para gastos médicos futuros. Para obtener el teléfono de su empresa de seguro Medicare, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Los reclamos por compensación al trabajador pueden resolverse por medio de acuerdos, sentencias o adjudicaciones. La información que acabamos de mencionar se aplica a los acuerdos de asignación de dinero a Medicare para gastos médicos futuros.

Usted acordó separar una cantidad de dinero para servicios médicos futuros porque aceptó que le paguen su compensación en una suma global en lugar que el seguro de compensación al trabajador pague a medida que recibe los servicios médicos. Dado que usted administra esa cantidad asignada. Medicare no pagará por ningún servicio médico relacionado con su enfermedad o accidente en el trabajo hasta que usted no haya hecho uso apropiado de todo el dinero asignado para gastos médicos futuros.

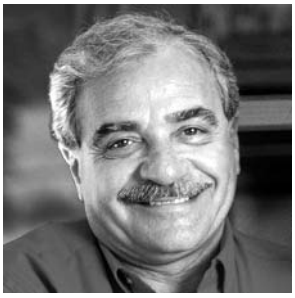
Asegúrese de anotar todos los gastos médicos relacionados con el accidente de trabajo. De este modo sabrá cuáles son los servicios que ha recibido y cuánto ha gastado en los servicios para tratar su enfermedad o herida relacionada con su trabajo. Necesitará este registro para probar que ha utilizado el dinero asignado a servicios médicos futuros para pagar por los gastos médicos por compensación al trabajador. Una vez que haya utilizado ese dinero asignado para gastos médicos futuros, Medicare comenzará a pagar por los servicios cubiertos por Medicare para tratar la enfermedad o herida relacionada con su trabajo.

Recuerde que debe considerar el interés de Medicare en el acuerdo de la compensación (ver la página 19).

Medicare y el seguro de compensación al trabajador (continuación)

¿Qué ocurre si el seguro de compensación al trabajador se niega a pagar?

Si el seguro de compensación al trabajador estatal se niega a pagar, Medicare sólo pagará por servicios y suministros cubiertos por Medicare.



Ejemplo
Miguel se lastimó en el trabajo. Envió un reclamo al seguro de compensación al trabajador. El seguro se negó a pagar por los gastos médicos. El médico de Miguel envió la cuenta a Medicare y también una copia de la negación del seguro de compensación al trabajador. Medicare pagará al médico de Miguel por los servicios o suministros que ha recibido Miguel durante su tratamiento y que están cubiertos por Medicare. Miguel tendrá que pagar por los servicios que Medicare no cubre.

¿Podría el seguro de compensación al trabajador negarse a pagar toda la factura?

En algunos casos, el seguro de accidente de trabajo tal vez no pague toda la factura. Si usted tenía una condición previa, la cual empeoró a causa de su trabajo, es posible que el seguro no pague la cuenta. En este caso, la condición preexistente es un problema de salud que usted tenía antes de que empezara a trabajar. Por ejemplo, es posible que usted tenga un problema vertebral que empeora debido a su trabajo. En este caso, el seguro de accidente de trabajo tal vez decida pagar sólo una parte de la cuenta del médico o del hospital. Usted y el seguro de accidente de trabajo pueden llegar a un acuerdo y compartir el costo de su cuenta. Si Medicare cubre el tratamiento de su condición previa, es posible que también pague la parte de la cuenta del médico u hospital que el seguro de accidente de trabajo no cubre.

Medicare y los beneficios para veteranos

Yo tengo Medicare y los beneficios para veteranos. ¿Quién paga primero?

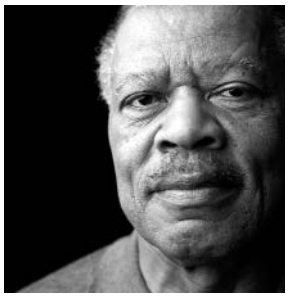
Si usted tiene o puede obtener tanto Medicare como beneficios para veteranos, puede recibir tratamiento bajo cualquiera de los dos programas. Cuando usted recibe atención médica, debe escoger qué beneficios desea usar. Tiene que hacer esta elección cada vez que vaya al médico o, por ejemplo, reciba atención médica en un hospital. Medicare no puede pagar por el mismo servicio que fue cubierto por los beneficios para veteranos, y los últimos no pueden pagar por los mismos servicios que Medicare cubre. Usted no siempre tiene que acudir a un hospital del Departamento de Asuntos para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) ó a un médico que trabaje con VA para que VA pague el servicio. Para recibir servicios en conformidad con el VA, debe ir a un centro VA o hacer que el VA autorice los servicios en un centro que no es de VA.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Medicare y los beneficios para veteranos (continuación)

¿Existe alguna situación en la que tanto Medicare como el VA paguen por los servicios?

Sí. Cuando el VA autoriza los servicios en un hospital que no pertenece al VA, pero no paga por todos los servicios que usted recibe durante su hospitalización, entonces Medicare podrá pagar por la parte de los servicios que el VA no paga, siempre y cuando sea parte de la cobertura de Medicare.



Ejemplo
Juan, un veterano, acude a un hospital que no pertenece al VA para recibir un servicio autorizado por el VA. Estando en dicho hospital, Juan recibe otros servicios que no fueron autorizados por el VA, y el VA decide no pagar por ellos. Algunos de estos servicios están cubiertos por Medicare. Es posible que Medicare pague algunos de los servicios no autorizados por el VA que Juan recibió. Juan tendrá que pagar los servicios que Medicare ni el VA cubren.

¿Puede Medicare ayudarme a pagar el copago del VA?

Algunas veces, el VA cobra un copago a algunos veteranos. El copago es su parte del costo de su tratamiento y depende de sus ingresos. Es posible que Medicare pague todo o parte de su copago si un médico o un hospital que no es parte del VA le factura por una atención médica que fue autorizada por el VA.

Tengo una tarjeta de identificación básica de tarifas del VA (ID, por sus siglas en inglés). ¿Quién paga primero?

El VA entrega "tarjetas de identificación básica de tarifas" a ciertos veteranos. Usted tal vez reciba una, siempre y cuando:

- Tenga una incapacidad a consecuencia de su servicio militar.
- Necesita recibir atención médica por un período prolongado.
- No hay hospitales del VA en su zona.

Si usted tiene una tarjeta de identificación básica de tarifas, puede atenderse con cualquier médico que aparece en su tarjeta.

Si dicho médico lo acepta como paciente y factura al VA por los servicios, también el médico debe aceptar el pago del VA como pago total. Dicho médico no podrá facturar a Medicare o a usted por estos servicios.

Si su médico no acepta la tarjeta de identificación básica de cuotas, usted mismo tendrá que presentar un reclamo al VA. El VA pagará la cantidad aprobada ya sea a usted o a su médico.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Medicare y los beneficios para veteranos (continuación)

¿Necesita más información?

Puede obtener más información sobre los beneficios para veteranos si llama a la oficina local del VA o al número nacional de información sobre el VA 1-800-827-1000. También puede buscar en el www.va.gov por Internet.

Medicare y TRICARE

¿Qué es TRICARE?

TRICARE es un programa de atención médica para los miembros de las fuerzas armadas jubilados y en servicio, y sus familias. TRICARE incluye lo siguiente:

- TRICARE Prime,
- TRICARE Extra,
- TRICARE Standard, y
- TRICARE for Life (TFL, por sus siglas en inglés).

¿Qué es TRICARE for life?

TRICARE for life (TFL, por sus siglas en inglés) fue creado para brindar una cobertura médica ampliada a los jubilados uniformados elegibles para Medicare de 65 años o más y para ciertos familiares. Para recibir los beneficios TFL, usted debe tener las Partes A y B de Medicare.

¿Puedo tener tanto Medicare como TRICARE?

Ciertas personas pueden tener tanto Medicare como TRICARE:

- Dependientes de miembros de las fuerzas armadas activos que tienen derecho a Medicare por cualquier razón,
- Personas menores de 65 años que tengan derecho a la Parte A de Medicare debido a una incapacidad o padecen de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés) y que estén inscritos en la Parte B de Medicare, ó
- Personas que tengan 65 años o más que tengan derecho a la Parte A de Medicare y que estén inscritas en la Parte B de Medicare.

Medicare y TRICARE (continuación)

¿Quién paga primero, Medicare o TRICARE?

En general, Medicare paga primero por los servicios cubiertos por Medicare. TRICARE pagará el deducible, el coseguro de Medicare y cualquier otro servicio cubierto por Medicare que TRICARE cubra. Si Medicare no cubre el servicio y TRICARE tampoco, entonces usted tendrá que pagar por esos servicios.

¿Quién paga los servicios si los recibo en un hospital militar?

Si usted recibe servicios médicos en un hospital militar u otro proveedor federal, TRICARE pagará las facturas. Por lo general, Medicare no paga los servicios que usted recibe por medio de un proveedor federal u otra agencia federal.

¿Necesita más información?

Puede obtener más información sobre TRICARE si llama al asesor de beneficios de salud de un hospital militar o clínica. También puede llamar al 1-800-538-9552, o visitar www.TRICARE.osd.mil por Internet.

Medicare y el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera

Tengo Medicare y cobertura del Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera. ¿Quién paga primero?

La atención médica de la enfermedad pulmonar minera ("pulmón negro") está cubierta por el seguro de compensación al trabajador. Todas las cuentas por atención médica que no estén relacionadas con la enfermedad pulmonar minera deberán enviarse directamente a Medicare. Medicare no pagará los honorarios médicos o los servicios de hospital cubiertos por el programa federal de enfermedad pulmonar minera. Su médico u otro proveedor deberá enviar todas las facturas relacionadas con el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad pulmonar minera a la siguiente dirección:

Federal Black Lung Program
P.O. Box 828
Lanham-Seabrook, MD 20703-0828

Si el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera no paga su factura, el médico o proveedor podrá enviarla a Medicare. Al hacerlo, deberá incluir una copia de la carta del Programa de Enfermedad Pulmonar Minera que indica el motivo por el cual no pagará su cuenta.

Medicare y el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera (continuación)

Medicare y COBRA (Ley Unificada de Reconciliación de Presupuesto de 1985)

Si tiene preguntas sobre el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera, llame al 1-800-638-7072. Si desea saber quién paga primero, llame al Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-318-8782.

Medicare y COBRA (Ley Unificada de Reconciliación de Presupuesto de 1985)

¿Qué es COBRA?

COBRA es una ley que podría permitirle mantener el plan médico de grupo de su empleador por un período de tiempo, después que deja de trabajar o pierde su cobertura como dependiente de un empleado. Esto recibe el nombre de "continuación de cobertura".

Por lo general, usted podrá tener derecho a conservar su plan médico grupal, si se queda sin empleo, le reducen las horas de trabajo, se retira de su empleo de manera voluntaria o su empleador se declara en bancarrota. También podrá tener este derecho si cuenta con cobertura por medio del plan médico de su cónyuge y éste fallece o se divorcian.

COBRA, generalmente, les permite a usted y a sus dependientes conservar la cobertura grupal durante 18 meses (o 36 meses y, en algunos casos durante toda la vida, si está jubilado o su ex-empleador se declara en bancarrota tal como se indica en la página 27). Tal vez tenga que pagar su parte de la prima y la de su empleador. Generalmente tendrá que pagar su parte de la prima, la parte del empleador y una cuota administrativa.

Esta ley se aplica únicamente a los empleadores que tengan 20 o más empleados. Algunas leyes estatales exigen que los empleadores con menos de 20 empleados les permitan a los últimos conservar su cobertura de seguro médico de grupo por un período de tiempo. En la mayoría de los casos, excepto el divorcio, en los que tenga los derechos de COBRA, usted deberá recibir una notificación del administrador de beneficios del empleador. Si no recibe una notificación, o si de divorcia, deberá llamar al administrador de beneficios del empleador lo antes posible.

Para más información sobre COBRA, visite la página Web del Departamento de Trabajo en www.dol.gov o llame al 1-866-487-2365. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-889-5627.

Medicare y COBRA (continuación)

¿Qué pasa si tengo COBRA y Medicare?

Si usted tiene una continuación de cobertura con COBRA, cuando se inscribe en Medicare, es posible que su cobertura COBRA termine debido a que el empleador tiene la opción de cancelar la continuación de cobertura en ese momento. El período de tiempo durante el cual su cónyuge pueda tener cobertura de COBRA puede cambiar cuando usted se inscriba en Medicare.

¿Qué pasa si tengo Medicare y escojo recibir cobertura de COBRA?

Si escoge la cobertura de COBRA después que se inscribe en Medicare, puede conservar la continuación de cobertura. Si usted solo tiene la Parte A de Medicare cuando su cobertura de seguro médico grupal termina (basado en su empleo actual), se puede inscribir en la Parte B de Medicare durante un Período de Inscripción Especial (SEP por sus siglas en inglés) sin tener que pagar una prima más elevada, lo que quiere decir que tendrá que hacerlo dentro de los ocho meses siguientes al término de su cobertura de atención médica de grupo o de su empleo, lo que ocurra primero.

Si usted no se inscribe en la Parte B de Medicare durante dicho período de ocho meses o cuando termine su empleo, solo podrá hacerlo durante el Período de Inscripción General y el costo de la Parte B de Medicare puede ser mayor.

Si usted tiene bajo COBRA, tal vez el plan de seguro médico de grupo de su empleador le exija inscribirse en la Parte B de Medicare. En este caso, el mejor momento para inscribirse en la Parte B es antes que termine su empleo o pierda la cobertura. Si espera para hacerlo durante la última parte del SEP (ocho meses después que su empleo o cobertura terminen), su empleador podría hacerle pagar por los servicios que Medicare hubiese pagado si usted se hubiese inscrito en la Parte B con anterioridad.

Es posible que la ley estatal le otorgue el derecho de continuar su cobertura con COBRA por un mayor lapso de tiempo. Sus derechos dependerán de las leyes estatales.

Recuerde, una vez que usted cumple 65 años o más y se inscribe en la Parte B de Medicare, empieza el Período de Inscripción Abierto de Medigap y no puede ser modificado.

Nota: Antes de elegir la cobertura a través de COBRA, le convendría consultar con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver las páginas 34–36).

Medicare y COBRA (continuación)

¿Qué pasa si tengo cobertura de jubilado y mi ex-empleador se declara en bancarrota?

En esta situación es posible que reciba "COBRA-for-life", lo que significa que usted puede conservar COBRA por el resto de su vida o el resto de la vida de la compañía, lo que dure más. Como cualquier otro plan de empleador, los beneficios del plan pueden variar y el costo de la cobertura puede subir con el tiempo.

Es posible que la notificación que le entregue su ex-empleador únicamente le indique sus opciones de acuerdo a COBRA. Sin embargo, como ha perdido toda la cobertura del plan que le ofrecía su ex-empleador, el cual complementaba sus beneficios Medicare, ahora tiene la opción de comprar una póliza Medigap. En conformidad con la ley federal, usted tiene un Derecho de Emisión Garantizada para comprar ciertas pólizas Medigap.

Importante: Hay ciertos períodos de tiempo de los que debe estar al tanto en cuanto a COBRA y las pólizas de Medigap se refiere, cuando su empleador se declara en bancarrota. El período de elección de COBRA es 60 días siguientes a la fecha en que se pierde la cobertura debido a una circunstancia aplicable según COBRA, o a la fecha de la notificación del derecho a elegir la cobertura de COBRA. Usted también cuenta con un período de 63 días de emisión garantizada Medigap para comprar una póliza Medigap. Este período de 63 días por lo general comienza cuando usted recibe una notificación que le indica que su cobertura quedará por terminada 63 días después de la notificación. Si usted no recibe una notificación, el período de emisión garantizada comienza cuando usted recibe una notificación que le informa que el reclamo ha sido negado y que termina 63 días después dicha notificación. El período de emisión garantizada Medigap puede ser diferente dependiendo de las leyes de su estado. En la mayoría de los casos, el período de COBRA y el de la emisión garantizada Medigap coincidirán. Para saber cómo lo afectarán estos períodos, llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (vea las páginas 34–36).

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Para más información sobre las pólizas Medigap y sus derechos y protecciones Medigap, puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (vea las páginas 38–40). También puede obtener una copia gratuita de la *Selección de una Póliza Medigap: Guía de Seguros de Salud para Personas con Medicare* (Pub. CMS No 02110-S). También puede visitar www.medicare.gov por Internet. Seleccione "Publicaciones" o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Medicare y COBRA (continuación)

¿Quién paga primero, Medicare o la continuación de cobertura COBRA?

Si usted o si cónyuge tiene 65 años o más y tiene la continuación de cobertura COBRA, Medicare es el pagador primario. Si usted o un miembro de su familia tiene Medicare por una incapacidad y la continuación de cobertura COBRA, Medicare es el pagador primario.

Sin embargo, si usted o un miembro de su familia tiene Medicare por padecer de ESRD, la continuación de cobertura COBRA es el pagador primario y Medicare el secundario durante un período de 30 meses.

¿A quién debo llamar si tengo preguntas?

Si tiene preguntas sobre la cobertura COBRA y pagos, deberá llamar al administrador de beneficios. Si tiene preguntas sobre Medicare, deberá llamar al Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-318-8782.

¿Necesita más información?

- Para más información sobre cómo funciona COBRA para los empleados del sector privado, puede visitar la página Web del Departamento de Trabajo (DoL, por sus siglas en inglés) www.dol.gov, o llamar al 1-866-444-3272.
- Para más información sobre cómo funciona COBRA para los empleados del gobierno local y estatal, puede visitar www.cms.hhs.gov/hipaa1/cobra por Internet, o puede llamar al 1-877-267-2323. Extensión 61565.
- Para más información sobre cómo funciona COBRA para los empleados del gobierno federal, puede visitar la página Web de la Oficina de Administración de Personal www.opm.gov por Internet.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 29–32.

Sección 4: Palabras Que Debe Saber

COBRA—(Ley unificada de reconciliación de presupuesto) - Una ley que permite a ciertas personas mantener su seguro médico de grupo de su empleador por un tiempo limitado después de: la muerte del cónyuge, haber perdido el empleo, que le hayan reducido las horas de trabajo, haber abandonado el empleo voluntariamente o de haberse divorciado. Quizá tenga que pagar su parte de la prima y la de su empleador. Por lo general, también tendrá que pagar una cuota administrativa.

Condición preexistente—Un problema de salud que tuvo previo a la fecha en la que se inicia la nueva póliza de seguro.

Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare—Un contratista de Medicare que recopila y administra información sobre otro tipo de seguros o cobertura que pagan antes que Medicare. Algunos ejemplos son: Cobertura de salud grupal, cobertura de jubilados, seguro de compensación al trabajador, seguro sin parte culpable o seguro de responsabilidad, beneficios de veteranos, TRICARE, el Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera y COBRA.

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 médica. Los copagos también se aplican 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 de Medicare, el pago del coseguro es un porcentaje del costo del servicio (por ejemplo, el 20%)

Departamento Estatal de Seguro—Una agencia estatal que reglamenta a los seguros y brinda información sobre pólizas Medigap y cualquier problema relacionado con seguros.

Derechos de Emisión Garantizada (también denominado "Protecciones Medigap")—El derecho que usted tiene, en ciertas circunstancias, a que a las empresas aseguradoras se les obligue por ley a venderle u ofrecerle una póliza Medigap. En estas circunstancias, una empresa aseguradora no puede negarle la cobertura o poner condiciones a la póliza. Deberá, por el contrario, cubrir todas sus condiciones preexistentes, y no podrá cobrarle más por una póliza debido a problemas de salud pasados o presentes

Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por sus siglas en inglés)—Insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón.

Medicare—El programa federal de seguro médico para: personas de 65 años o más, ciertas personas menores de 65 años con incapacidades, y personas que padecen de enfermedad renal en etapa final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón.)

Medicare Parte A (Seguro de Hospital)—Es un seguro que ayuda a pagar por la estadía en el hospital, cuidado en un centro de enfermería especializada, cuidado de hospicio y algunos servicios de salud en el hogar.

Medicare Parte B (Seguro Médico)—Un seguro médico que ayuda a pagar por los servicios médicos, atención ambulatoria en un hospital y otros servicios que no estén cubiertos por la Parte A.

Medigap—Un Seguro Suplementario a Medicare vendido por una empresa privada para cubrir lo que el Plan Original Medicare no cubre. Excepto en Massachussets, Minnesota y Wisconsin, hay diez pólizas estandarizadas denominadas planes A–J. Las pólizas Medigap sólo funcionan con el Plan Original Medicare.

Pagador primario—Una póliza de seguro, plan o programa que paga primero cualquier factura por servicios médicos. Podría ser Medicare, Medicaid u otro seguro médico.

Pagador secundario—Una póliza de seguro, plan o programa que paga cualquier factura por servicios médicos después que otro seguro. Podría ser Medicare o cualquier otro seguro médico.

Pagador secundario Medicare—Se refiere a cualquier situación en la que otro seguro pague antes que Medicare.

Pago condicional—Un pago de Medicare por servicios que deberían ser pagados por otro seguro.

Plan de empleadores múltiples—Un plan de salud grupal patrocinado conjuntamente por dos o más empleadores o por empleadores y sindicatos.

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

Plan de grupo grande—Un plan de salud que ofrece cobertura a los empleados de un empleador u organización de empleados con 100 o más trabajadores.

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).

Plan Original de Medicare—Un plan de pago-por-servicio 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). El Plan Original de Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico).

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 de Medicare no cubre.

Plan de Salud Administrado Medicare—En la mayoría de los casos, es un tipo de Plan Medicare Advantage disponible en ciertas áreas del país. En la mayoría de los planes de salud administrados, usted puede acudir a cualquier médico, especialistas u hospitales de la lista del plan excepto en una emergencia. Los planes deben cubrir todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Algunos planes de salud administrados ofrecen beneficios adicionales como días extras en el hospital. Sus costos podrían ser más bajos que en el Plan Original de Medicare.

Plan de salud grupal—Un plan de salud que brinda cobertura de salud a los empleados, exempleados y sus familias y está patrocinado por un empleador u organización de empleados.

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

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 asesoramiento gratuito sobre los seguros de salud, y asistencia a personas con Medicare.

Proveedor—Un hospital, profesional de la salud ó centro médico.

Provider—A hospital, health care professional, or health care facility.

Reclamo—Un reclamo es una solicitud de pago por servicios y beneficios que usted recibe. Las reclamaciones son también conocidas como facturas y son enviadas por los intermediarios fiscales por servicios de las Partes A y B de Medicare. "Reclamo" es la palabra usada cuando una empresa de seguro Medicare envía una factura por servicios médicos y suministros cubiertos por la Parte B.

Seguro sin parte culpable—Es un seguro que paga por servicios médicos como resultado de alguna herida o daño a la propiedad sin importar de quién es la culpa del accidente.

Seguro de responsabilidad—Es un seguro de protección contra reclamos por negligencia, acción inapropiada o falta de acción que resulte en perjuicio de una persona o daño a la propiedad.

TRICARE—Un programa de atención médica para miembros de las fuerzas armadas en actividad y en retiro y sus familias.

TRICARE for Life (TFL por sus siglas en inglés)—Cobertura médica extendida disponible para todos los jubilados de 65 años y más, elegibles para Medicare, que hayan pertenecido a las fuerzas armadas, sus familiares elegibles, sobrevivientes y ciertos ex-cónyuges.

Seguro de compensación al trabajador—Un seguro que deben tener los empleadores para brindar cobertura a los empleados que se enferman o tienen un accidente en el lugar de trabajo.

Sección 5: Números de Teléfonos Importantes

"He utilizado esta sección para buscar adónde llamar para conseguir ayuda."

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud—Llame si necesita ayuda sobre:

- elegir un plan de salud Medicare
- las cuentas de Medicare
- la negación de pago Medicare o apelaciones
- los derechos y protecciones Medicare y,
- comprar una póliza Medigap o un seguro de cuidado de salud a largo plazo.

Departamento Estatal de Seguro—Llame si tiene preguntas sobre las pólizas Medigap que se venden en su área y con los problemas relacionados con los seguros.

This page has been intentionally left blank. It contains phone number information. For the most recent phone number information, please visit the Helpful Contacts section of our web site. Thank you.

This page has been intentionally left blank. It contains phone number information. For the most recent phone number information, please visit the Helpful Contacts section of our web site. Thank you.

This page has been intentionally left blank. It contains phone number information. For the most recent phone number information, please visit the Helpful Contacts section of our web site. Thank you.

Sección 6: Índice

Accidente 6, 15
Beneficios para veteranos 21–23
COBRA 6, 25–29
COBRA-for-life 13, 27
Condición preexistente 21, 31
Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare 5, 7, 28, 30
Copago 22, 24, 29
Coseguro 24, 29
Cuestionario inicial de inscripción 7
Deducible 24, 29
Departamento Estatal de Seguros 32, 34–36
Dónde llamar si necesita ayuda 33–36
Enfermedad pulmonar minera 6, 24, 25
Enfermedad Renal en Etapa Final 1, 6, 14, 23, 27, 29
Incapacitado 13, 14
Medicare Parte A 2, 23, 30
Medicare Parte B 2-4, 10, 23, 30
Medigap 10, 12, 26, 31
Negación de pago 21
Oficina de administración de personal 3
Pagador primario 7, 10, 11, 13, 14, 31
Pagador secundario 7, 10, 13–15, 31
Pago condicional 16–19, 29
Período de Inscripción Especial 3
Período de Inscripción General 3
Plan de empleadores múltiples 13, 31
Plan Original Medicare 1, 31
Plan de salud grupal 4, 5, 6, 9–15, 26, 29
Plan de salud grupal grande 5, 13, 29
Planes Advantage 2, 30
Prima 2, 14, 31
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud 10, 32, 34–36

Sección 6: Índice

Programa Federal de Enfermedad Pulmonar Minera 6, 24–25
Proveedor 7, 24, 31
Reclamo 18, 21, 29
Retiro ferroviario 3
Seguro de compensación al trabajador 6, 17–21, 24, 32
Seguro médico de jubilados 5, 10, 12, 13
Seguro médico grupal 10–12
Seguro de responsabilidad 6, 15–17, 30
Seguro sin parte culpable 6, 15–17, 31
Seguro Social 3
TRICARE 23, 24, 32
TRICARE for Life 23, 32

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Uso Oficial
Penalidad por uso privado, $300

Publicación No. CMS-02179-S
Revisado en enero 2005

Medicare and Other Health Benefits: Your Guide
to Who Pays First (sp)

- Llame al Contratista de Coordinación de Beneficios Medicare al 1-800-999-1118 si hay cambios en su seguro o si tiene preguntas sobre quién paga primero. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-318-8782.
- Do you need a copy of this publication in English? Please call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.